МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР

3-4

ИЗДАНИЕ НАРКОМЗДРАВА БССР

МИНСК

1939

АВТОРАМ

1. Статьи, присылаемые в „Медицинский журнал БССР", должны быть напечатаны на пишущей машинке или, в крайнем случае, написаны четким почерком. В редакцию должен присылаться **первый** машинный оттиск. Рекомендуется писать все слова полностью без каких-либо сокращений.

2. Статьи на актуальные темы, обзоры, лекции, доклады не должны превышать $^1/_2$ печатного листа (10 — 12 страниц машинописи); для оригинальных статей — не более 10000—15000 знаков (5—7 страниц машинописи).

3. Статьи должны печататься на пишущей машинке на одной стороне листа с полями не менее 3 см.

4. Историческое введение, истории болезни и литература вопроса должны быть даны возможно короче. Изложение статьи должно быть четким и сжатым.

5. Диаграммы, таблицы, фотографии и т. д. печатаются в минимальном количестве; они должны быть снабжены четкой надписью о содержании.

6. Библиография должна даваться возможно короче, причем приводиться должны только монографии на данную тему и журнальные статьи.

7. Статья должна быть подписана автором и должны быть даны точный адрес и полностью (а не в виде инициалов) имя и отчество автора.

8. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи.

Статьи должны направляться по адресу:

Минск, Дом Правительства, Наркомздрав БССР, редакции журнала „Медицинский журнал БССР".

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР

3—4

ГОД ИЗДАНИЯ ВТОРОЙ

ИЗДАНИЕ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БССР
МИНСК 1939

ПОД ЗНАМЕНЕМ ПАРТИИ ЛЕНИНА—СТАЛИНА ВПЕРЕД К НОВЫМ ПОБЕДАМ

С 10 по 21 марта 1939 года в Москве заседал XVIII с'езд Всесоюзной Коммунистической партии (большевиков). Открытие с'езда было встречено трудящимися СССР с огромной радостью и вызвало в сердце каждого патриота нашей родины прилив бодрости и сил, подняло творческую активность масс на новую высоту. Трудящиеся нашей великой страны встретили XVIII с'езд своей родной партии Ленина—Сталина крупными производственными победами на всех участках социалистического строительства. С неослабным вниманием следили за работой с'езда счастливые народы великого СССР и все передовое и прогрессивное человечество. XVIII с'езд ВКП(б) подвел итоги славной борьбы советского народа, руководимого великой партией Ленина—Сталина, за социализм и наметил пути дальнейшего движения вперед к победе коммунизма. Решения с'езда были единодушно одобрены всей партией, всем 170-миллионным советским народом.

В своем историческом докладе величайший гений человечества, вождь трудящихся всего мира тов. Сталин с исключительной глубиной и прозорливостью проанализировал пройденный нами путь и мудро осветил перспективы дальнейшего движения вперед к коммунизму.

Доклад тов. Сталина, обогащающий и развивающий марксистско-ленинское учение, является боевой программой действий для всей нашей страны на целую историческую полосу ее развития.

В своем замечательном докладе тов. Сталин показал, что единственной страной в мире, где гордо и свободно дышет человек, где уничтожена эксплоатация человека человеком, где нет кризисов и безработицы, где сам народ строит свое будущее, является СССР, стоящий как гордый утес среди моря гниющего капитализма, готовый ответить двойным ударом на удар фашистских поджигателей войны. Тов. Сталин вновь обратил внимание всей партии, всего народа на необходимость укрепления обороны нашей страны, мощи ее героической Рабоче-Крестьянской Красной Армии и Военно-Морского Флота.

С гениальной мудростью тов. Сталин по-новому поставил вопрос о государстве в эпоху перехода страны от социализма к коммунизму, сделав этим величайший вклад в сокровищницу марксистско-ленинского учения.

Первая фаза коммунизма—социализм в основном построена. Полная победа социалистической системы во всех областях народного хозяйства является неоспоримым фактом всемирно исторического значения. Наша великая родина вступила в новую полосу

развития, в полосу завершения строительства бесклассового социалистического общества и постепенного перехода от социализма к коммунизму. XVIII с'езд знаменует собою новый этап в развитии нашей великой социалистической родины. Важнейшим звеном в разрешении этой великой задачи является поставленная тов. Сталиным цель догнать и перегнать в течение ближайшего периода времени в экономическом отношении главнейшие капиталистические страны. «Только в том случае, если перегоним экономически главные капиталистические страны, мы можем расчитывать, что наша страна будет полностью насыщена предметами потребления, у нас будет изобилие продуктов, и мы получим возможность сделать переход от первой фазы коммунизма ко второй его фазе». (Сталин).

Ближайший соратник великого Сталина, глава Советского правительства тов. В. М. Молотов в своем докладе о третьем пятилетнем плане развития народного хозяйства нарисовал грандиозные перспективы дальнейшего роста всех отраслей промышленности, сельского хозяйства, дальнейшего под'ема материально-культурного уровня трудящихся.

Советское здравоохранение, выполняющее ответственнейшую и почетную задачу по охране самого ценного из всех существующих капиталов — здоровья строителей коммунизма, получает в третьей пятилетке новый мощный под'ем и дальнейшее развитие. Достаточно сказать, что затраты государства на здравоохранение с 10,3 миллиардов рублей в 1937 году вырастают до 16,5 миллиардов в 1942 году; число мест в постоянных яслях и детских садах увеличивается в 1942 году до 4,2 миллиона против 1,8 миллиона в 1937 году. Здравоохранение обогатится рядом новых прекрасных учреждений. Значительно вырастает подготовка кадров с высшим и средним образованием. Огромные средства вкладываются в курортное строительство. Иной размах получает работа по санитарному просвещению трудящихся.

«Для осуществления задач третьей пятилетки необходимо полностью ликвидировать последствия контрреволюционного вредительства, шпионо-троцкистско-бухаринских агентов фашизма и иностранного капитала, поднять большевистскую бдительность во всей работе по строительству коммунизма и всегда помнить указания партии о том, что пока существует внешнее капиталистическое окружение, разведки иностранных государств будут засылать к нам вредителей, диверсантов, шпионов и убийц, чтобы портить, пакостить и ослаблять нашу страну, чтобы мешать росту коммунизма в СССР». (Из резолюции XVIII с'езда по докладу тов. Молотова).

Основы организационного обеспечения выполнения третьего сталинского пятилетнего плана положил XVIII с'езд, внеся по докладу тов. А. А. Жданова изменения в устав ВКП(б), ведущие к дальнейшему укреплению авангардной роли партии и усилению ее кровной связи с советским народом.

Успешное выполнение грандиозных задач третьей пятилетки требует от всех партийных, советских, хозяйственных и профсоюзных организаций, в том числе и от органов здравоохранения, живой оперативности и деловитости, правильного подбора кадров, повседневной практической проверки исполнения, обеспечения на

предприятиях и учреждениях крепкой трудовой дисциплины и высокой производительности труда всех работающих.

XVIII с'езд ВКП(б) продемонстрировал перед лицом всего мира сплоченность и монолитность великой партии Ленина—Сталина вокруг ее Центрального Комитета, вокруг великого Сталина.

XVIII с'езд показал всему миру неразрывную связь великой партии большевиков с многомиллионным советским народом, сплоченность партии и народа, их высокое морально-политическое единство.

Трудящиеся СССР в ответ на решения XVIII с'езда подняли новую волну социалистического соревнования имени Третьей Сталинской Пятилетки. Советская интеллигенция плоть от плоти и кровь от крови советского народа, являющаяся равноправным членом социалистического общества, с чувством величайшей радости включилась в работу по реализации великих задач третьего сталинского пятилетнего плана, плана дальнейшего победоносного шествия к коммунизму.

Медицинские работники БССР, как один из отрядов советской интеллигенции, широко внедряя в работу лечебных учреждений социалистические методы труда, должны приложить все свои силы к быстрейшему выполнению исторических решений XVIII с'езда ВКП(б), систематически борясь за улучшение всей работы системы здравоохранения, за поднятие ее до уровня, обеспечивающего выполнение грандиозных задач третьего пятилетнего плана.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ГИДРО-МИНЕРАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ ДЕВОНСКИХ ОТЛОЖЕНИЙ БССР.

П. Остапеня.

Водная лаборатория Института соц. здравоохранения и гигиены.

Широкое изучение наших природных богатств, в том числе и минеральных вод, стало возможным в Белоруссии только в послеоктябрьский период. До Октябрьской революции, на фоне полного застоя в культурно-бытовом и промышленном строительстве, не было, конечно, никаких предпосылок и условий для выявления наших гидро-минеральных богатств и развития курортно-санаторного дела.

В прошлом территория Белоруссии рассматривалась как край, лишенный водно-минеральных факторов курортного значения. Это положение базировалось на полном незнании химизма глубинных водоносных горизонтов, не вскрытых к тому времени буровыми скважинами. Имеющийся теперь в нашем распоряжении фактический материал, собираемый нами в течение последних 10 лет, говорит о том, что по БССР вскрыты минеральные воды разнообразного состава, имеющие безусловное бальнеологическое значение. Подобного состава воды широко используются в курортной практике как у нас по Союзу, так и за границей.

Помимо выходов железистых вод, о которых были отрывочные упоминания в литературе[1], нами зарегистрированы и изучены хлоридно-натровые воды, сульфатно-хлоридно-натрово-кальциевые, сульфатно-кальциево-магнезиальные и другие. Сведения об этих водах, конечно, далеко неполные по степени изученности, мы публикуем впервые.

Железистые воды по БССР приурочены к третичным и, главным образом, к послетретичным отложениям. Они имеют много самостоятельных выходов в виде отдельных ключей и родников. Вскрыты они также целым рядом скважин в центральных и южных районах БССР. Воды хлоридно-натровые и сульфатные связаны с толщей девонских отложений. Эти воды вскрыты в Бобруйске, Минске, Борисове, Могилеве и Полоцке. В данной статье мы остановимся только на минеральных водах девонских отложений; по железистым водам нами будет дан отдельный очерк.

Минеральная скважина в г. Бобруйске.

Артезианская скважина в г. Бобруйске, эксплоатируемая ныне для бальнеологических целей городской водолечебницей, вначале была запроектирована для центрального городского водопровода. Заложена она в 1927 г. на нижней аллювиальной террасе в долине речки Бобруйка, на участке, отведенном под сооружение городского водопровода. Предполагалось получать воду для хозяйственно-питье-

[1] Барковщизна, Логойск.

вого водоснабжения и было решено скважину углубить с целью получения воды из девонской толщи. Скважина врезалась в красные девонские пески, откуда пошла напорная соленая вода, со статическим напором в шесть метров выше устья скважины. К концу 1929 г. скважина давала самоизливом на уровне почвы 625 литров в час минерализованной воды. Дальнейшее углубление в интересах получения пресной воды было бесперспективным, и работы по углублению скважины были приостановлены. В силу этого толща водоносного горизонта, давшего соленую воду, не была полностью пройдена и опробирована.

Первый полный химический анализ воды этой скважины был проделан в водной лаборатории Санитарно-Гигиенического института в ноябре 1929 г. Анализ показал, что вода этой скважины по своему составу сходна с водой „старого" источника в Старой Руссе, но отличается от последнего несколько бо́льшим содержанием сульфатов. После того, как был установлен характер минерализации воды, нами 16. IX. 29 было возбуждено ходатайство перед Бобруйским горсоветом о временной приостановке подготовительных работ по под'ему труб [1].

По нашему докладу Комитету по химизации народного хозяйства при СНК БССР, 21. IX. 29 Совнарком БССР предложил сохранить скважину для всестороннего изучения ее Геологическим институтом Академии наук БССР и Санитарно-Гигиеническим институтом Наркомздрава. В декабре 1929 г. названными институтами была проведена первая трехдневная (с перерывами) откачка воды. При откачке температура воды была равна 11,6° С. Вода, взятая до откачки, из самоизлива и в разное время откачки, показала полную устойчивость своего солевого состава независимо от изменения динамического уровня. С августа 1933 г. по март 1934 г. Белводхозом проводились дополнительные работы по скважине, связанные с установкой фильтра и повторной продолжительной откачкой. Несмотря на некоторые технические дефекты в проведении этой откачки, были получены убедительные данные, говорящие об устойчивости химического состава данной воды. Последующие наблюдения за режимом самоизлива этой скважины подтвердили ранее полученные данные о постоянстве солевого состава.

Для иллюстрации относительной устойчивости солевого состава скважины за ряд лет приводим для краткости данные только по хлоридам.

В 1929	году	23.XII—7,440	гр.	литр	в расч.	на хлор
„ 1930	„	23.VII—7,900	„	„	„	„
„ 1932	„	9.II —7,600	„	„	„	„
„ 1933	„	5.II —7,598	„	„	„	„
„ 1934	„	2.XII—7,340	„	„	„	„
„ 1935	„	5.III —7,418	„	„	„	„
„ 1937	„	XI—7,560	„	„	„	„
„ 1938	„	I—7,460	„	„	„	„

Минерализованный самоизлив из 8″ колонны указывает на то, что вся толща песков заключает в себе минеральную воду. При захвате фильтром всей этой толщи дебет скважины можно безусловно значительно увеличить.

Проведенная по бобруйской скважине работа говорит о том, что здесь вскрыта не случайная соленосная линза, а мощный напорный

[1] Горсоветом было принято решение поднять трубы до пресноводного горизонта и затампонировать соленую прослойку.

горизонт, имеющий большую площадь залегания. Это подтверждается и артезианской скважиной № 4 в г. Минске, давшей из девона также минерализованную воду. По химическому составу эта вод относится к типу хлоридно-натровых вод (см. анализ). Опыт использования этой воды городской водолечебницей указывает на бесспорную бальнеологическую ценность этого горизонта, как базы для курорта, запроектированного в ур. Щатково, Бобруйского района.

Анализ воды Бобруйской скважины.

Анионы	Мг/л	М-экв.	%% м-экв.	Название солей	мг/л	Физические свойства
HCO_3'	226,0	3,7	1,5	NaCl	113 62,0	PH—6,68
Cl′	7440,0	209,8	84,5	$CaCl_2$	227 6,0	
Br′	3,9	0,0049	—	$CaSO_4$	114 6,0	Бесцветная, горько соленая, слабый запах сероводорода.
I′	нет	—	—	$MgSO_4$	1114,0	
SO_4''	1670,0	34,74	14,0	$Mg(HCO_3)_2$ $Fe(HCO_3)_2$	234,0 8,0	
Сумма	—	248,24	100,0			

Катионы	мг/л	м-экв	%% м-экв
Na··	40 20,0	174,8	70,4
Zi·	следы	—	—
Ca··	1053,0	52,58	21,2
Mg··	252,0	20,73	8,35
Fe··	3,7	0,13	0,05
Сумма	—	248,24	100,0

Формула Курлова-Карстенса

$$M\ 16{,}140\ \text{гр/л.}\ \frac{Cl'-84{,}5\ T^{\circ}11{,}6}{Na^{\cdot}-70{,}4}$$

Д—316 3,0 гл/сутки.

Минерализованные воды в г. Минске.

В 1929 г. в г. Минске была пробурена артезианская скважина № 4.[1] Эта скважина прошла в отложениях девона, однако всей толщи девона она не перерезала. Скважина врезалась в красно-бурый слюдянистый песок, содержащий минерализованную воду. По мере углубления в этот песок, сменившийся затем темнокрасно-бурым песчаником, степень минерализации увеличивалась и общее количество солей составляло 6, 104 гр/л. Минеральный горизонт не был полностью пройден этой скважиной, вследствие чего судить о характере даль-

[1] Скважина № 4 была заложена в 1928 г. для городского водопровода. Когда была встречена напорная минеральная вода, из-за угрозы осолонения верхних пресноводных горизонтов, питающих городской водопровод, соленосная прослойка была затампонирована.

нейшей минерализации не представляется возможным. К сожалению, эта скважина не была закреплена обсадными трубами до забоя, поэтому напорная минеральная вода при выходе смешивалась и разбавлялась водой верхних горизонтов. При откачке воды из скважины, в зависимости от интенсивности откачки, изменялся состав воды, так как менялось соотношение между водой минерального слоя и верхним пресноводным горизонтом. При интенсивной откачке минеральная вода сильно разбавлялась. Так, например, при самоизливе вначале получали хлоридов 2975,0 мг/л; через 30 минут после начала откачки количество хлоридов было равно 257[illegible],0 мг/л; через один час после начала откачки—498,0 мг/л.

Результаты откачки этой скважины показали, что гидростатический напор минерального горизонта больший, чем у вышележащих пресноводных горизонтов, но водоотдача его (в той части, которая пройдена скважиной) в силу структуры пород, заключающих воду, небольшая.

Приводимый здесь анализ воды, полученной при откачке со штанги, опущенной до дна скважины, указывает на подобие состава воды скважины в г. Минске воде бобруйской скважины. Эти воды относятся к типу хлоридно-натровых вод. Однако, как видно из приводимого анализа, в минской воде мы имеем несколько иной характер минерализации. Эта вода относительно богаче щелочами по сравнению с бобруйской, за счет снижения щелочных земель. Можно предполагать, что при дальнейшем углублении этой скважины были бы получены хлоридно-сульфатно-натровые воды высокой концентрации, так как на материале по скважинам г. Борисова прослеживается тенденция относительного снижения солей щелочных земель за счет наростания щелочей при углублении в девон.

Анализ воды скважины № 4 (Минск).

Анионы	мг/л	М-экв	%% м-экв	Название солей	мг/л	Физические свойства
HCO_3'	158,6	2,6	2,6	NaCl	5068,3	PH—7,2 бесцветная
Cl′	2975,0	83,9	83,1	Na_2SO_4	487,9	Прозрачная
SO_4''	693,6	14,4	14,3	$CaSO_4$	384,2	Слабо-солоноватый привкус
Сумма	—	100,9	100,0	$Mg(HCO_3)_2$	158,6	Слабый, быстро исчезающий запах сероводорода.

Катионы	мг/л	м-экв	%% м-экв.
Na·+K·	2112,6	91,9	91,1
Ca··	128,0	6,4	6,3
Mg··	31,3	2,6	2,6
Сумма	—	100,9	100,0

Формула Курлова-Карстенса

$$M\ 6.104\ г/л\ \frac{Cl^{\cdot}-83,1}{Na^{\cdot}-91,1}$$

Минерализованные воды в г. Борисове.

Минерализованные горизонты в районах г. Борисова вскрыты двумя скважинами. Первая скважина в мергелистой толще встретила воду оригинального состава, которая, как видно из приводимого ниже анализа, должна быть отнесена к типу сульфатно-кальциево-магнезиальных вод. Подобного состава воды до сих пор по БССР не зарегистрированы. Проведенная в 1937 г. под нашим наблюдением откачка воды из данной скважины показала, что при дебете скважины равном 2,0 $м^3$/час[1] и температуре 8,4° мы имели устойчивый солевой состав. Анализы, проведенные в 1936 и в 1937 гг., также не дали заметной разбежки.

Анализ воды из скважины в г. Борисове.

Анионы	Мгр/л	Млг-экв	% экв
HCO_3'	158,6	2,6	10,1
Cl′	52,4	1,5	5,9
SO_4''	1024,6	21,3	84,0
Сумма	—	25,4	100,0
Катионы	**гр/л**	**млг-экв**	**% экв**
Na·+K′	—	2,4	9,5
Ca··	292,4	14,6	57,5
Mg··	101,8	8,4	33,0
Сумма	—	25,4	100,0

Название солей	мг/л
NaCl	139,1
Na_2SO_4	84,9
$CaSO_4$	1355,85
$MgSO_4$	540,0
$Mg(HCO_3)_2$	238,1

Формула Курлова—Карстенса.

$$M\,2{,}358\ \text{гр/л}\ \frac{SO_4'' - 84{,}0}{Ca^{\cdot\cdot}\,57{,}5,\ Mg^{\cdot\cdot}\,33{,}0}$$

T° 8,4° — Д — 480,0 гл/сутки

В том же районе скважиной вскрыта вода с совершенно иным характером минерализации. Как видно из нижеприводимого анализа, эта вода по типу минерализации приближается к воде, вскрытой в Минске, и относится к типу хлоридно-сульфатно-натровых вод. Надо полагать, что данной скважиной только частично вскрыта соленосная прослойка и пресноводный горизонт песчаникового яруса девона в легкой степени осолоняется неполностью вскрытым мине-

1. Указанный дебет, полученный откачкой вручную, не характеризует производительность скважины. Последняя при надлежащем насосном оборудовании будет значительно выше.

ральным горизонтом. Эта скважина в течение последних двух лет дает устойчивый солевой состав (раньше за скважиной не было наблюдений).

Анализ воды из скважины в г. Борисове.

Анионы	мгр/л	млг/экв	% м-экв
HCO_3'	201,3	3,3	12,95
Cl'	470,0	13,25	51,95
SO_4''	430,3	8,96	35,1
Сумма	—	25,51	100,0
Катионы	мг/л	м-экв	%% м-экв.
$Na^{\cdot} + K^{\cdot}$	442,1	19,23	75,4
$Ca^{\cdot\cdot}$	82,2	4,11	16,1
$Mg^{\cdot\cdot}$	26,4	2,17	8,5
Сумма	—	25,51	100,0

Название солей	мг/л
NaCl	858,4
Na_2SO_4	387,5
$CaSO_4$	192,5
$Ca(HCO_3)_2$	73, 5
$Mg(HCO_3)_2$	140,0

Формула Курлова—Карстенса

М 1,526 г/л

$$\frac{Cl' - 51{,}95;\ SO_4'' - 35{,}1''}{Na^{\cdot} - 75{,}4}$$

Минерализованные воды в г. Могилеве.

Минеральные воды в г. Могилеве вскрыты скважиной. Минеральная вода встречена в породе, отмеченной по буровому журналу, как песок светлосерый, среднезернистый, водоносный и песок серый и глинистый. Данный водоносный горизонт при бурении, повидимому, связан позатрубным пространством с вышележащими водоносными и водопоглощающими прослойками. Возможно, что этот водоносный горизонт, как более напорный, теперь частично питает верхние водопоглощающие прослойки. Это предположение необходимо допустить для об'яснения той меняющейся картины солевого состава, которую имели при откачке, проведенной под нашим наблюдением в ноябре 1937 г.

При резко выраженном колебании отдельных ингредиентов, изменяющем солевой состав воды, общая минерализация (сумма всех солей) колебалась в меньших пределах. Это указывает на то, что скважиной вскрыто несколько минерализованных прослоек различного состава, из которых и забирается вода при откачке. Установившееся во время покоя скважины гидростатическое равновесие между отдельными, связанными скважиной горизонтами нарушается сниже-

Таблица анализов воды из

АНИОНЫ									КАТИОНЫ									Название солей в м/гл.
HCO_3'			Cl'			SO_4''			$Na^{\cdot} + K^{\cdot}$			$Ca^{\cdot\cdot}$			$Mg^{\cdot\cdot}$			
мг/л.	м-экв.	% м-экв.	мг/л.	м-экв.	% м-экв.	мг/л.	м-экв.	% м-экв.	мг/л.	м-экв.	% м-экв.	мг/л.	м-экв.	% м-экв.	мг/л.	м-экв.	% м-экв.	NaCl
73,2	1,2	2,8	170,0	4,8	11,4	1744,5	36,3	85,8	16,1	0,7	1,6	566,3	28,3	67,0	161,6	13,3	31,4	43,7
79,3	1,3	2,7	490,0	12,41	25,6	1664,7	34,68	71,7	206,0	8,96	18,5	554,8	27,7	57,25	142,6	11,73	24,25	580,4
73,2	1,2	1,8	969,0	27,33	40,9	1836,0	38,25	57,3	573,1	24,93	37,3	586,3	29,27	43,85	152,9	12,58	18,85	1555,6
79,3	1,3	1,6	1347,0	37,98	48,1	1906,8	39,72	50,3	839,3	36,51	46,2	594,9	29,7	37,6	155,5	12,79	16,2	2274,3

скважины гор. Могилева.

Название солей в мг/л.					ФОРМУЛА КУРЛОВА-КАРСТЕНСА
Na_2SO_4	$CaCl_2$	$CaSO_4$	$MgSO_4$	$Mg(HCO_3)_2$	
—	267,7	1562,5	781,3	76,5	$M \frac{3{,}01\ г/л.}{} \frac{SO_4'' - 85{,}8}{Ca^{\cdot} - 67{,}1;\ Mg - 31{,}4}$ T°—10° Д—998,9 гл/сутки тип—сульфатно-кальциево-магниевый
—	222,7	1573,4	676,1	84,7	$M \frac{3{,}368\ г/л.}{} \frac{SO_4'' - 71{,}7;\ Cl' - 25{,}6}{Ca^{\cdot\cdot} - 57{,}25}$ T°— 10° Д — 938,9 гл/сутки тип—сульфатно-хлоридно-кальциевый
—	150,1	1678,6	711,1	75,1	$M \frac{4{,}462\ г/л.}{} \frac{SO_4'' - 57{,}3;\ Cl' - 40{,}9}{Ca^{\cdot\cdot} 43{,}85;\ Na^{\cdot} - 37{,}3}$ T°— 10° Д—828,0 гл/сутки тип—сульфатно-хлоридно-кальциево-натриевый
—	93,5	1757,4	718,7	78,8	$M \frac{5{,}216\ г/л.}{} \frac{SO_4 - 50{,}3;\ Cl' - 48{,}1}{Na^{\cdot} - 46{,}2;\ Ca^{\cdot\cdot} - 37{,}6}$ T°—10° Д—979,1 гл/сутки тип—сульфатно-хлоридно-натриево-кальциевый

нием динамического уровня при откачке. При этом расход скважины покрывается водоотдающими горизонтами в различных об'емных соотношениях, определяемых динамическим уровнем. Для иллюстрации изменяемости солевого состава воды при откачке, приводим несколько анализов (из 120 анализов, проведенных нами на месте, и 30 полных химических анализов, проведенных в лаборатории).

Прилагаемая таблица анализов показывает, что хлориды (Cl′) изменяются от 170,0 мг/л до 1347,0 мг/л. Натрий и калий—от 16,0 мг/л до 839,3 мг/л. Сульфаты (SO_4'') колеблются в более узких пределах—от 1744,0 мг/л до 1906,0 мг/л. Весьма поразительно устойчивое содержание солей кальция и магния. При столь значительной амплитуде колебаний хлора и щелочей, кальций и магний изменяются в очень узких пределах (554,0 мг/л—594,0 мг/л).

Вышеприведенные факты делают эту скважину интересной и ценной в бальнеологическом отношении, так как здесь мы можем выводить из одной скважины воду различного солевого состава, меняя режим откачки. Район расположения этой скважины очень благоприятен по своим природным условиям (высокий живописный берег р. Днепра, роскошный сосновый бор). К сожалению, точка заложения этой скважины, предназначавшейся для питьевого водоснабжения исключает возможность ее непосредственного использования для бальнеологических целей.

На основании данных изучения этой скважины уже можно утверждать, что район г. Могилева по гидроминеральным предпосылкам равноценен Бобруйску. Широкое использование этих вод для бальнеологических целей—дело инициативы органов здравоохранения.

Заканчивая свое сообщение о гидро-минеральных ресурсах БССР, считаю необходимым отметить, что до сих пор плановое изучение наших гидроминеральных богатств не организовано и обезличено. Та небольшая работа, которая нами проведена в этом направлении, далеко недостаточна. Мы должны полностью выявить и изучить наши гидро-минеральные богатства и поставить их на службу трудящимся.

О ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ НЕРВА, МЫШЦЫ И СУСТАВА КОНЕЧНОСТИ*).

Проф. А. Е. Мангейм

Директор 4-й хирургической клиники Белорусского мединститута.

Повреждения органов движения должны привлечь внимание врачей в виду частоты их: они составляют 70% ранений на войне и 82% всех повреждений вообще. Профилактика и лечебная помощь при этих повреждениях обеспечены трудящимся нашей страны, и инвалидность, как результат неправильного лечения, должна быть изжита. Чаще всего мы имеем повреждения нервов, мышц и суставов. Для того, чтобы предотвратить однобокий, механистический лечебный подход при повреждениях этих отдельных компонентов, надо ознакомиться с их взаимоотношениями в статике и динамике конечностей.

Нерв, мышца и сустав анатомически тесно связаны и нераздельны в физиолого-функциональном отношении. Нет поражения одного из них без соответствующих изменений двух других. Пайр давно указал на единство этой функциональной цепи, которая, начинаясь на периферии от мышцы и сустава, идет к центру, а потом обратно к периферии. Стоит измениться общим условиям в организме, с одной стороны, или, местным, с другой,—как нарушаются взаимоотношения отдельных компонентов и их функция. Выражение Гете о том, что «в живой природе нет ничего, что не стояло бы в связи со всем целым, и если процессы нам кажутся изолированными, то это не значит, что они таковы на самом деле», является здесь очень уместным.

Изучить взаимоотношения нерва, мышцы и сустава, значит изучить их в онто-филогенетическом развитии, в их анатомо-физиологических и патологических проявлениях на протяжении жизни. Биология этих компонентов в значительной части является результатом онтофилогенеза, в который вплетаются наследственные моменты и различные влияния окружающих условий и среды. Несмотря на огромные работы и изыскания в области эмбриологии, сравнительной анатомии и физиологии, мы еще далеки от разрешения многих вопросов и, в частности, того, что в этих взаимоотношениях компонентов является результатом унаследования или влияния зародышевой закладки и что в них находится в зависимости от внешних факторов и условий.

---

*) Доклад, прочитанный на Минской конференции по травме нервной системы в 1938 г.

В отношении нерва и мышцы интересно отметить, что на некоторых этапах онто-филогенитического развития воспринимающие клетки не отграничены от двигательных. У червей, например, мы имеем существование клеточных образований, где одна половина является рецептором, а другая—мышечной сократительной частью. Это свидетельствует о глубоком, издавна существующем единстве между мышцей и нервом. На дальнейших этапах развития рецептор отграничивается от двигательных клеток. Правда, вначале всякое раздражение любой точки тела ведет к диффузной реакции всей мускулатуры, как, например, у кишечнополостных, но постепенно вместо хаотического ответа вырабатываются узловые центры, доминирующие нервные узлы и регулирующие аппараты. Эти аппараты ведут к торможению и к координации мышечных сокращений.

Сама мышца тоже не есть что-то застывшее, оторванное от своего прошлого. Скелетная мышца есть определенная ступень развития мышечной ткани и стоит выше гладкой и сердечной мышцы. Гладкая и сердечная мышцы под влиянием химических агентов, циркулирующих в крови, приходят в деятельное состояние и выполняют автоматическую работу. Движения и координация их производится, главным образом, за счет среды, в которой они живут. Скелетная мышца человека не обнаруживает автоматизма и не отвечает на раздражения (холин и никотин), на которые реагируют гладкие и поперечно-полосатые мышцы низших позвоночных, птиц, рептилий, мышцы млекопитающих в эмбриональном периоде и глазные мышцы у человека. Все эти моменты говорят о постепенном переходе в онто-филогенезе от гладкой мышцы к скелетной поперечно-полосатой у человека. Мышца скелета приобрела соматическую иннервацию и в связи с этим потеряла способность реакции на химические агенты со стороны окружающей среды-крови, потеряла свой автоматизм, и деятельность ее находится под влиянием импульсов из центральной нервной системы. Путем перерезки двигательного нерва мышца возвращается к ранним формам мышечной ткани, реагирующей на те же раздражения, что и гладкие мышцы. Таким образом, нерв и мышца, несмотря на свою диференциацию в процессе онто-филогенеза, сохранили свое глубокое единство.

В отношении суставов одни авторы считают, что формообразование и структура их передается по наследству в процессе отногенеза, без участия окружающих тканей. Это мнение подтверждается тем фактом, что форма суставов образуется тогда, когда в организме еще не диференцировались способные к функции мышцы. Браусу удалось на опытах удалить мышечные закладки у эмбрионов и получать хорошо сформированные суставы, несмотря на отсутствие мышц. Кеск приводит случай с расщеплением нижней левой конечности у 4-недельного ребенка; расщепление разделяет большую берцовую кость от малой берцовой и от окружающих мышц. Большая берцовая кость охвачена только кожей и, несмотря на это, кость эта с ее суставными концами прекрасно сформирована. Пайр, Ретерер, Фик считают, что кроме наследственных моментов на образование суставов оказывают влияние местные механические воздействия окружающих тканей (мышц) и общие моменты, связанные с иннервацией, эндокринными влияниями в утробе матери. Еще большее значение имеют внешние моменты в филогенезе развития суставов, что было доказано Турнье на большом анатомическом материале. Фик

указывает, что имеется полное соответствие между формой суставов и распределением мышц, что ограничение движений в суставах приводило к изменению структуры скелета и мышц. Таким образом, в онто-филогенезе развития наших компонентов уже намечаются тесные взаимоотношения нерва, мышцы и сустава.

После рождения среда и условия жизни оказывают огромное влияние на все компоненты. Ни одно значительное, пато-физиологическое явление, переживаемое организмом, не обходит их. Нерв, мышца и сустав имеет определенную функциональную структуру. При нарушении их структуры страдает функция и, наоборот, при неорганизованной функции страдает их структура.

Разберемся в анатомо-физиологических отношениях нервно-мышечно-суставного аппарата. Наиболее активная роль в нем принадлежит нервам и мышцам, более пассивная остается за суставом. Анатомо-физиологическое изучение тканей сустава показывает, что сустав имеет функциональную структуру. Законы Ру, Вольфа, Гютер-Фолькмана о функциональном приспособлении тканей приложимы и к суставным костным концам. Строение хряща, служащего буфером и распределителем нагрузки в суставе, синовиальной оболочки с ее внутренним и наружными слоями, синовиальной жидкости и т. п.—все это необходимо для нормальной функции сустава. С другой стороны, сохранение этой структуры возможно только при правильно организованной функции сустава, при правильном взаимоотношении его с мышцами и нервами. Длительное бездействие, неподвижность, как и чрезмерная их неправильная нагрузка, ведут к анкилозу, обезображиванию, разрушению нормальной структуры сустава и окружающих его мышц и нервов.

Изучение анатомо-физиологических особенностей скелетной человеческой мышцы следует проводить вместе с ее иннервацией, без которой ее нормальные физиологические проявления немыслимы. Мышца обладает особой структурой и особыми качествами, как эластичность, сокращаемость, напрягаемость, тонус и т. п., которые обуславливают ее функцию в целом. Эти свойства дают нам возможность двигаться, работать и т. д. Эти свойства мышцы в значительной доле обуславливаются ее двойной иннервацией. Громадное количество работ посвящено изучению анатомии, гисто-физиологии, химии и обмену мышцы. Работы Дебура, Фано, Ботаци, Орбели, Гинецинского, Стрельцова, изучавших моторную и акцессорную иннервацию мышц, работы Шерингтона о чувствительности и роли проприоцепторов, работы Ляпика, Бургиньона и других о хронаксиметрии, давшей возможность открыть тонкие изменения мышечного тонуса, подтвердившие глубокую нервно-мышечную связь, работы об обмене и тонусе мышц и другие работы—все они углубляют наше представление о нервно-мышечном аппарате, о его работе, о глубокой связи его со всем организмом. С другой стороны, правильно организованная работа нервно-мышечного аппарата обуславливает его нормальную структуру. Неподвижность, бездействие или черезмерная, неорганизованная функция нервно-мышечного аппарата ведут к дискоординации, атрофии, исхуданию, перерождениям и контрактурам мышцы, а вместе с этим и к изменениям остальных компонентов функциональной цепи—нерва и сустава.

В стройной науке о движении «кинезологии» все три компонента получают свое анатомо-физиологическое оформление. На движение

приходится смотреть как на взаимодействие между центральной нервной системой и периферическим двигательным аппаратом. Над системой периферических взаимодействий двигательного аппарата образуется надстройка. После первого импульса, идущего от центральной нервной системы через клетки передних рогов к мышцам и суставам, которые при этом сокращаются и меняют свое положение, появляются центростремительные импульсы с периферии, воспринимаемые проприорецепторами и сигнализирующие об изменениях периферического двигательного аппарата. Эти импульсы направляются в чувствительные области центральной нервной системы (зрительные бугры, мозжечек, кору), и в ответ на эти импульсы центральная нервная система реагирует новым процессом—координацией. Акт движения, в котором участвует множество мышц, суставов и других тканей, где одни мышцы сокращаются, другие расслабляются, третьи напрягаются,—получается как равнодействующая многочисленных отделов нервной системы в переломлении на периферию. Вся эта стройная гармония имеет глубокие корни и обусловлена указанными выше особенностями участвующих в движении тканей, организовавшихся на протяжении истории их развития. Это замечательное сооружение получило давно свое подтверждение в словах великого Энгельса: «Только благодаря приспособлению к все новым операциям, благодаря передаче по наследству достигнутого таким путем особого развития мускулов, связок, а также и костей, а равно и благодаря все новому применению этих переданных по наследству совершенствований к новым, все более сложным операциям, только благодаря всему этому, человеческая рука достигла той высокой ступени совершенства, на которой она смогла как бы силой волшебств вызвать к жизни картины Рафаэля, статуи Торвальдсена и музыку Паганнини».

Переходя от физиологии к патологии нашей функциональной цепи, мы должны отметить, что принцип функциональной структуры является и здесь дирижирующим. Самые тяжелые изменения в функциональной цепи получаются при поражениях активного нервно-мышечного аппарата. Мышцы поражаются после травм, воспалений, изменений кровообращения, обмена и иннервации. Поражение иннервации может локализоваться то на центральном, то на периферическом невроне; это может быть поражение проприоцептивной чувствительности мышц, симпатической иннервации их или рецептивной мышечной субстанции. Какова бы ни была причина поражения, мышца теряет свои физиологические особенности, как сокращаемость, тонус, эластичность, и впадает в адинамию, бездействие или в возбуждение, гипертонус, патологическое сокращение. Во всех этих случаях мышечная ткань изменяется в своей структуре. Наступают атрофии, контрактуры от бездействия или в результате перевозбуждения, дискоординации, утомления и накопления в мышце вредных продуктов обмена и нарушения кровообращения. Поражение нервно-мышечного аппарата отражается на структуре и функции ближайших суставов, которые деформируются и изменяются. Первичные поражения суставов отражаются, в свою очередь, на всей функциональной цепи. Кроме непосредственных поражений суставов на почве травм, инфекции, имеются изменения суставов вследствие поражения окружающих мышц, иннервации их и обмена. Изменения суставов при табесе, сирингомиелии, артропатии, при гемипарезах, поражениях спинного мозга, периферических нервов свидетельствуют

об участии и влиянии нервной системы на структуру и функцию суставов.

В своей диссертации об этипатогенезе обезображивающего артрита и в работе «О роли суставных барьерных слоев в пато-физиологических реакциях сустава» я указал на разные этиологические моменты, ведущие к изменениям в суставах. Каковы бы ни были эти причины, поражения суставов ведут или к анкилозам, ограничению движений, деформациям или к разболтанности, расслаблению связочного аппарата, инконгруэнции суставных поверхностей и т. п. Болезни суставов имеют особенно влияние на нервно-мышечный аппарат. Если в норме сустав, окруженный мышцами, находится в состоянии определенного равновесия, то при его заболевании это равновесие мышц нарушается: одни мышцы впадают в гипертонус, другие в адинамию, что ведет, к так называемым, рефлекторным атрофиям и контрактурам. Эти быстро наступающие изменения по теории Шарко-Вульпиана являются результатом раздражений проприоцептивной чувствительности сустава, ведущих к альтерации моторных клеток передних рогов, к дискоординации, к миогелозу, атрофии и контрактуре отдельных мышц. В поражении мышц, окружающих суставы, имеет значение и патологическая установка их, нагрузка, статические моменты и другие механические влияния, которые закрепляют мышцы в известном контрактурированном положении.

Таким образом, между нервом, мышцей и суставом существует глубокая связь и единство. Все они об'единены функцией, которая базируется на их структуре, на их анатомо-физиологических особенностях, переплетающихся в стройное взаимодействие периферического двигательного аппарата с центральной нервной системой. Эти физиологические особенности и взаимоотношения дирижируют и патологическими процессами, оказывают на них свое влияние.

Но нельзя исходить только из биологических закономерностей при изучении физио-патологических процессов и взаимоотношений наших трех компонентов и не учитывать социальных условий. Эти социальные моменты оказывают колоссальное влияние на количество и качество функционального момента как в физиологии, так и патологии. Человек не биологическая машина. При известных условиях работоспособность его может достигать максимальных цифр.

Выводы

1. Современная практика повреждений конечностей требует от врача внимательного отношения ко всем отдельным поврежденным компонентам—к нервам, мышцам, суставам.

2. При повреждениях конечностей следует в первую очередь стремиться к восстановлению анатомической структуры, что заставляет производить первичную обработку ран, быстрое вправление вывихов, репонирование переломов и сшивание нервов и мышц.

3. Для восстановления функции поврежденных конечностей надо ни на минуту не забывать о ней. Надо помнить, что одного анатомического восстановления недостаточно для получения хорошей функции пораженной конечности.

4. Надо научиться разумно сочетать покой и движение при лечении патологических процессов конечностей.

Покой, иммобилизация часто бывают необходимы для правиль-

ного сращения переломов, для ликвидации воспалительных процессов и отграничения их, для уничтожения болевых раздражений, возникающих при движениях, для предупреждения атрофий и контрактур, патологических установок и деформаций. С другой стороны, иммобилизация и покой имеют и отрицательные моменты. Они нарушают питание мышц, нервов и суставов, способствуют атрофиям мышц, нервов и суставов, тугоподвижности суставов и приводят конечность к тому состоянию, которое, после восстановления анатомической целости ее, требует, так называемого, «долечивания» для восстановления функции конечности.

Своевременное движение в виде активных упражнений, гимнастики, механо-физиотерапевтических процедур, вытяжение при физиологическом положении суставов и мышц предупреждают анкилозы, контрактуры, атрофии и обезображивания, быстро восстанавливают функциональные способности больной конечности. Насильственное растяжение напряженных мышц, преждевременная нагрузка, болезненный массаж и движения не нужны и вредны, так как они вызывают раздражение проприорецептивной чувствительности и обостряют все болезненные процессы. Таким образом, сочетание этих двух принципов движения и покоя должно производиться с учетом особенностей всей функциональной цепи, и только тогда оно будет рационально.

5. Функциональная структура отдельных поврежденных компонентов требует от врача функционального лечения.

6. Лечение повреждений конечностей требует совместных мероприятий со стороны хирургов, ортопедов и невропатологов.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФАЛОПИЕВЫХ ТРУБ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

И. М. Старовойтов.

Из акушерско-гинекологической клиники Белорусского мединститута (директор—проф. М. Л. Выдрин).

Для об'яснения внематочной, в том числе трубной, беременности выдвинут ряд теорий. Ряд авторов образование внематочной беременности ставят в связь с воспалительными процессами половой сферы, причем гонорея занимает здесь небольшой процент. Так, по материалам Груздева на 152 случая внематочной беременности воспаление труб было в 64 случаях. По Таверловскому, на 162 случая—септические заболевания наблюдались в 24 случаях, а гонорейные лишь в трех.

Как этиологическому моменту внематочной беременности, значительная роль придается вяло протекающим воспалительным процессам (катаральный эндосальпингит по Груздеву). Губарев указывает, что, хотя роды и аборты клинически и не сопровождаются инфекцией, все же проявления ее (утолщение труб) можно обнаружить почти всегда.

Относительно механизма образования внематочной беременности при воспалении труб мнения расходятся. Так, Груздев, Гёне и другие допускают, что при воспалении труб их просвет суживается, чем механически создается препятствие для продвижения яйца в матку. Другие авторы (Гройслер, Селицкий) препятствие нормальному движению яйца видят в ослаблении перистальтики трубы, которая для нормального передвижения яйца играет значительную роль.

При воспалении труб, благодаря атрофии мышечных волокон трубы и разрастанию соединительной ткани, перистальтика трубы понижается и становится недостаточной для проведения яйца в матку.

Парсамов допускает, что прививке яйца в трубе способствует слущивание ее ресничного эпителия, который играет некоторую роль в продвижении яйца в трубе.

Ряд авторов при внематочной беременности находили в стенках труб выстланные эпителием полости, соединенные и несоединенные с просветом труб, и развитие внематочной беременности ставили в связь с указанными образованиями. Случаи беременности в таких дивертикулах описаны в 1891 г. Ландау, в 1896 г.—Гебелем. Правда, образование этих дивертикулов, так называемых гетеротопий,

об'ясняется различно. В то время как Хиари, Франке, Р. Майер, Гёне причину их образования видят в воспалении труб, Реклингаузен связывает их образование с эмбриональным происхождением. Инфантилизм половых органов приводится некоторыми как этиологический фактор внематочной беременности, что Груздев по своему материалу наблюдал в 1,2% случаев.

Так называемое наружное странствование яйца (желтое тело с одной стороны, трубная беременность—с другой) некоторыми авторами приводится как причина внематочной беременности. Яйцо за время прохождения большого пути успевает настолько созреть, что имплантируется в трубе. У Груздева на 162 случая был один такой случай, у Горизонтова на 83 случая—8. Возможность «наружного странствования яйца» и внематочной беременности Киреевым экспериментально доказана у овец.

Наконец, ряд авторов (Зиппель, Пальмов) образование внематочной беременности ставят в связь с патологически быстрым ростом самого яйца. В доказательство этого они приводят цифры Костанаева, по которому на 717 случаев внематочной беременности в 99 случаях она наблюдалась у первобеременных.

Нами приведены лишь общие взгляды относительно причин образования внематочной беременности, и все они не доказательны. По поручению директора клиники проф. М. Л. Выдрина, мы провели патолого-анатомические исследования удаленных труб при операциях по поводу внематочной беременности. Целью нашей работы мы ставили изучение состояния труб в том месте, где яйцо привилось, и тех участков, где оно не прошло по пути в матку,—чтобы на основании этих исследований иметь возможность подойти к разбору сложного процесса прививки яйца в трубах. Изучение это проводилось на ряде срезов (40—45) с разных участков каждой трубы.

При исследовании получены следующие данные:

Первая группа

Случай 1. Больная В., 30 лет, домашняя хозяйка (история болезни № 2062). Поступила в клинику 27. XII. 1930 с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, которые тянутся три дня. Пять дней назад начались незначительные кровянистые выделения из влагалища. С тех пор все мажется.

Менструация с 16 лет, через 4 недели, по 4 дня, в умеренном количестве. Последняя менструация—5½ недель тому назад. Замужем 9 лет. Через 6 месяцев после начала половой жизни наступила беременность, которая была прервана искусственным абортом. После этого болела «воспалением придатков», были очень сильные боли внизу живота, и в течение двух лет больная лечилась спринцеваниями и ихтиоловыми шариками. Чувствовала себя удовлетворительно. Лишь по временам ноющие боли внизу живота слева и боли при половых сношениях. Больше не беременела; отчего—не знает.

При операции оказалось: левая труба в ампуллярном конце растянута до величины куриного яйца, мягко эластичной консистенции. На расстоянии 1 см от рога матки часть трубы утолщена до толщины карандаша. Вокруг фимбрий сгустки крови. Правая труба растянута в виде реторты; фимбриальный ее конец запаян.

Диагноз: левосторонний трубный выкидыш, правосторонний гематосальпингс.

Патолого-анатомическое исследование трубы показало: складки слизистой выражены ясно, местами их мало. Просвет трубы резко сужен. Мышечная стенка трубы утолщена, в ней полями волокнистая соединительная ткань, среди которой видны расширенные, переполненные кровью сосуды со значительными инфильтратами из мелких, круглых клеток с примесью лейкоцитов. Патолого-анатомический диагноз: хронический сальпингит.

Случай 2. Больная Д., 32 лет, домашняя хозяйка (история болезни № 1). Поступила в клинику 1. I. 1932 с жалобами на схваткообразные боли внизу жи-

вота, которые тянутся три дня и сопровождаются небольшими кровянистыми выделениями из влагалища.

Менструация с 17 лет, через 4 недели, по 3—4 дня. В последний год количество крови бывает большее, чем раньше. Последняя менструация—6 недель назад. Замужем 7 лет. Беременностей было 4; первые две закончились нормальными родами, а последние две—искусственными абортами. После последнего аборта, 1 год тому назад, болела 2 недели: были боли внизу живота и высокая температура.

На операции оказалось: правая труба в истмической части утолщена на протяжении 1—1,5 см. Ампулярная часть трубы растянута, вокруг фимбрий сгустки крови. Левая труба незначительно утолщена в спайках.

Операция. Удаление правой трубы, рассечение спаек левой трубы.

Диагноз: правосторонний трубный аборт, левосторонний адгезивный перисальпингит.

Патолого-анатомическое исследование удаленной трубы: труба мышечной перегородкой по длине разделена на две части, соответствующие каждая нормальной трубе. Слизистая каждой полости трубы с хорошо выраженными складками. Соединительно-тканная основа складок местами резко утолщена, фиброзного вида. На срезах, ближе к яйцу, слизистая подверглась некрозу. Между некротическими массами значительное количество лейкоцитов. Среди мышечных волокон стенки трубы небольшие инфильтраты из круглых клеток и лейкоцитов.

Диагноз: хронический сальпингит, двойная труба.

Случай 3. Больная К., 19 лет, домашняя хозяйка (история болезни № 261). Поступила в клинику с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и мажущиеся кровянистые выделения из влагалища в течение 4 дней.

Менструация с 13 лет, через 4 недели, по 2—3 дня. Последняя—5½ недель тому назад. Замужем полтора года. Была одна беременность, окончившаяся на втором месяце самопроизвольным выкидышем, после чего болела «воспалением яичников». Были сильные боли внизу живота.

При операции оказалось: правая труба растянута в ампулярном конце до 3,5—4 см в поперечнике. Вокруг фимбрий сгустки крови. Левая труба утолщена, с плотными нодозными узлами в спайках с яичником.

Операция: двухстороннее иссечение труб.

Патолого-анатомическое исследование: правая труба—слизистая бедна складками, разветвлений их очень мало. В эпителии много бокаловидных клеток. В мышечной трубы большое количество волокон соединительной ткани и гнезда инфильтратов из мелких, круглых клеток. Сосуды расширены, переполнены кровью. В левой трубе такой же процесс, лишь с менее выраженным расширением и переполнением сосудов кровью.

Диагноз: хронический двухсторонний сальпингит.

Случай 4. Больная Ц., 31 года, крестьянка. Поступила в клинику 11. XI. 1932 с небольшими схваткообразными болями внизу живота и мажущимися кровянистыми выделениями из влагалища. Это тянется в течение месяца.

Менструация с 14 лет, через 4 недели, по 3 — 4 дня в незначительном количестве. Последняя менструация—за 6 недель до появления схваткообразных болей. Замужем 12 лет. Была одна беременность 10 лет тому назад, закончившаяся родами. После родов в течение трех недель были боли внизу живота, из-за чего она вынуждена была лежать в постели. Более подробно рассказать не может—забыла. Все время чувствует ноющие боли внизу живота. Беременностей больше не было; по какой причине, больная не знает.

При операции оказалось: правая труба растянута—величиной с куриное яйцо. Между и вокруг бахромок—старые сгустки крови и спайки. Левая труба по виду нормальна.

Операция: удаление правой трубы.

Послеоперационный диагноз: правосторонний трубный выкидыш.

Патолого-анатомическое исследование удаленной трубы показало: складки слизистой выражены хорошо, основа их отечна, богата круглыми клетками. Под слизистой кровоизлияния, среди которых встречается некротическая ткань. В мышечной стенке трубы местами ограниченные инфильтраты. Ввиду некроза и давности, определенно о характере воспалительного процесса в трубе высказаться нельзя.

Случай 5. Больная Б., 25 лет, повар. Поступила в клинику 22. III. 1933 с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения, которые тянутся 11 дней.

Менструация с 18 лет, через 4 недели, по 4 дня с болями, среднего количества. Последняя—6 дней тому назад. Беременность была один раз семь лет на-

зад. Закончилась родами. После родов все время были ноющие боли внизу живота. Больше не беременела; отчего,—больная не знает.

При операции оказалось: средняя часть левой трубы представляет шарообразное тело, мягко эластичной консистенции, растянутое в поперечнике до 6 см. Вокруг фимбрий сгустки крови. При разрезе обнаруживается плодное яйцо и сгустки крови. Правая труба у фимбриального конца запаяна, растянута в виде реторты 3—4 см в поперечнике. Ее содержимое—серозная жидкость.

Диагноз послеоперационный: левосторонний трубный аборт, правосторонний гидросальпинкс.

Операция: двухстороннее удаление труб.

Патолого-анатомическое исследование: левая труба—складки слизистой выражены хорошо. Основа слизистой утолщена, фиброзного вида. Среди мышечных волокон по всей стенке трубы значительное количество фиброзной ткани. Местами вокруг сосудов гнезда круглоклеточной инфильтрации. Правая труба: складки слизистой атрофичны. Основа слизистой имеет много соединительной, фиброзной ткани. Между мышечными пучками много волокнистой, фиброзной ткани.

Диагноз: хронический сальпингит.

Как характерную особенность этой группы больных необходимо отметить наличие в анамнезе воспалительных заболеваний, со сравнительно значительной их давностью, которые в трех случаях (1, 2, 3) наступают после искусственных абортов и в двух (4 и 5)—после родов.

Эти хронические воспалительные заболевания мы находили резко-выраженными и при патолого-анатомических исследованиях труб. Правда, в случае 4 высказаться о характере воспаления—острое или хроническое—не представлялось возможным.

Развитие внематочной беременности в этих случаях можно связать с хроническими воспалительными процессами в трубах.

Вторая группа.

Случай 6. Больная Ш., 33 лет, домашняя хозяйка (история болезни № 932). Поступила в клинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, которые начались месяц тому назад. Вместе с болями появились кровянистые выделения, которые понемногу тянулись все время.

Менструация с 16 лет, через 4 недели, по 5—4 дня, без боли, в умеренном количестве. Последняя—за 5 недель до появления болей. Замужем 10 лет. Беременностей было 4, из которых 1, 2 и 4 кончились нормальными родами, а 3—искусственным абортом. Последние роды полтора года тому назад—нормальные. Заболеваний никаких, по словам больной, не было.

При операции оказалось: правая труба в ампулярной части растянута до 7 см в поперечнике и спаяна с яичником; вокруг фимбрий старые сгустки крови. Левая труба макроскопически нормальна.

Операция: удаление правой трубы.

Диагноз послеоперационный: правосторонний трубный выкидыш.

Патолого-анатомическое исследование правой трубы показало, что складки слизистой выражены хорошо. Сосуды стенок трубы расширены, полнокровны. Как вокруг сосудов, так и по ходу соединительной ткани значительная инфильтрация, преимущественно из лейкоцитов.

Анатомический диагноз: острый сальпингит.

Случай 7. Больная М., 30 лет, домашняя хозяйка (история болезни № 1055). Поступила в клинику с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения, которые начались 10 дней тому назад.

Менструация с 13 лет, через 4 недели, по 4 дня без боли, в умеренном количестве. Последняя—7 недель тому назад. Замужем 3 года. Беременностей не было; почему,—больная не знает. Со стороны половой сферы заболеваний не отмечает.

При операции оказалось: правая труба растянута до 6 см в поперечнике. Ее маточная часть утолщена с нодозными, плотными узлами. Труба плотно соединена спайками с яичником. Левая труба в спайках несколько утолщена.

Операция: удаление правой трубы. Рассечение спаек левой трубы.

Послеоперационный диагноз: правосторонний трубный аборт, двухсторонние адгезивные перисальпингиты.

Патолого-анатомическое исследование правой трубы показало: складки слизистой нормальны. Основа складок фиброзного вида, утолщенная. Среди мышечных волокон увеличенное количество фиброзной, соединительной ткани, местами гнезда круглоклеточной инфильтрации.

Диагноз: хронический сальпингит.

Случай 8. Больная Д., 23 лет, работница щеточной фабрики (история болезни № 2035). Поступила в клинику с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища, которые тянутся 5 дней.

Менструация (начала наступления больная не помнит) через 4 недели, по 2—3 дня. Последняя—6 недель тому назад. Замужем полтора года. Беременностей не было; почему,—больная не знает. Заболеваний половой сферы не отмечает.

При операции оказалось: правая труба в ампулярной части растянута до 7 см в поперечнике. Фимбрии и кругом их брюшина покрыты сгустками крови. Левая труба макроскопически не изменена.

Операция: удаление правой трубы.

Послеоперационный диагноз: правосторонний трубный выкидыш.

Исследование удаленной трубы показало: складки слизистой выражены нормально. Их эпителий сохранен. Кровеносные сосуды расширены и переполнены кровью. Между мышечными пучками, особенно в направлении в брюшине, рассеянные инфильтраты, богатые эозинофильными клетками.

Диагноз: подострый сальпингит.

Случай 9. Больная Ф., 23 лет, портниха (история болезни № 19). Поступила в клинику 14. VI. 1932 с сильными схваткообразными болями внизу живота, резкой бледностью лица, с незначительными кровянистыми выделениями из влагалища. Это тянется три дня.

Менструация с 16 лет, через 4 недели, по 2—3 дня, без боли. Последняя $5^1/_2$ недель тому назад. Замужем три года. Была одна беременность полтора года тому назад, окончившаяся нормальными родами. Заболеваний половой сферы не было.

При операции оказалось: правая труба на расстоянии 1—1,5 см от рога матки утолщена. Фимбриальный конец растянут, в нем сгустки крови и части плодного яйца. Левая труба макроскопически не изменена.

Операция: удаление правой трубы.

Диагноз: правосторонний трубный выкидыш.

Патолого-анатомическое исследование удаленной трубы: складки слизистой выражены нормально; покрывающий их эпителий сохранен. Наблюдается резкое расширение кровеносных сосудов и переполнение их кровью как в основе слизистой, так и мышечной трубы. Местами между мышечными волокнами много соединительной ткани и небольшая инфильтрация из круглых клеток.

Диагноз: хронический сальпингит.

Случай 10. Больная Г., 30 лет, колхозница (история болезни № 1377). Поступила в клинику в декабре 1933 г. с сильными схваткообразными болями внизу живота и мажущимися кровянистыми выделениями из влагалища, которые тянутся 5 дней.

Менструация с 16 лет, через 4 недели, по 3—4 дня, среднего количества. Последняя—6 недель тому назад. Замужем 10 лет. Было два самопроизвольных выкидыша на третьем месяце. Последний выкидыш 5 лет тому назад, после чего не беременела; почему, больная не знает. Заболеваний половой сферы не отмечает.

При операции оказалось: правая труба в ампуллярном конце растянута до 6—7 см в поперечнике, спаяна с яичником. Левая труба небольшими спайками соединена с яичником.

Операция: удаление правой трубы, рассечение спаек левой трубы.

Послеоперационный диагноз: правосторонний трубный выкидыш, сальпингиты.

Патолого-анатомическое исследование удаленной трубы: складки слизистой сглажены; их основа резко утолщена, фиброзного вида. Железистые просветы заполнены слизью с примесью крови. В стенке трубы наблюдаются полости выстланные цилиндрическим эпителием. Кровеносные сосуды расширены, переполнены кровью. Местами гнезда инфильтратов из круглоклеточных и веретенообразных клеток. В этих гнездах небольшая примесь лейкоцитов.

Диагноз: обострившийся хронический сальпингит.

Случай 11. Больная А., 24 лет, домашняя хозяйка (история болезни № 51). Поступила в клинику с болями внизу живота, кровянистыми выделениями из влагалища, которые тянутся две недели.

Менструация с 13 лет (установилась сразу), через 4 недели, по 3—4 дня, небольшие по количеству, с болями вначале. Последняя 7 недель тому назад. Замужем 7 лет. Была одна беременность, закончившаяся на третьем месяце самопроизвольным выкидышем. Из заболеваний отмечает в детстве корь.

При операции оказалось: правая труба в истмической части имеет узел величиной с лесной орех, ампулярный конец растянут в виде груши. Левая труба макроскопически нормальна.

Операция: удаление правой трубы.

Диагноз: правосторонний трубный выкидыш.

Гистологическое исследование правой трубы: складки слизистой отечны, мышечная труба резко отечна, особенно в направлении к мезосальпинксу. Сосуды резко расширены, переполнены кровью. В мышечной стенке трубы—инфильтрация со значительным количеством лейкоцитов, среди которых местами видны эозинофилы.

Диагноз: острый сальпингит.

В анамнезе этой второй группы больных не отмечается никаких заболеваний со стороны половой сферы, а гистологические исследования указывают на наличие острых и хронических сальпингитов.

Давно отмечено, что в половых путях женщин могут жить как вирулентные, так невирулентные микробы. Бумм, Фроме, Валтгар находили их у 35% беременных.

В своих исследованиях Бараболин и Овсяников указали, что на второй день после абортов в полости матки были стрептококки, кишечная палочка, палочка Додерлейна, диплококки Френкеля. В смешанной форме они были в 68 случаев и оставались на 4—5 день, причем наличие в матке этих микроорганизмов никакими симптомами не проявлялось.

Влагалищные выделения, общее самочувствие, температура у больных оставались нормальными. Эти микроорганизмы, находясь в слизистой матки, переходили в слизистую труб и, разумеется, не могли не вызывать там изменений. Затем они либо погибали, либо оставались в лятентном состоянии, ничем себя не проявляя. И если учесть общепризнанный факт изменчивости вирулентности микробов, то нам не трудно будет понять наличие сальпингитов и обострение их в тех случаях, где женщины считали себя вполне здоровыми. Как этиологическому моменту внематочной беременности Губарев и Груздев большое значение придавали таким хроническим, вяло протекающим сальпингитам. И свои 6 случаев данной группы, как и первые 5 случаев, наступления внематочной беременности мы можем об'яснить наличием предшествующих сальпингитов.

Третья группа

Случай 12. Больная М., 27 лет, крестьянка (история болезни № 2050). Поступила в клинику 12. XII. 1930 с схваткообразными болями внизу живота, более сильными слева, начавшимися три недели тому назад.

Менструация с 17 лет (установилась сразу), через 4 недели, по 4—5 дней с болями перед началом. Последняя—за 7 недель до наступления вышеуказанных болей. Замужем 5 лет. Беременностей две, закончились нормальными родами. Последние роды—два года тому назад. Эти два года не беременела (Coitus interruptus).

При операции оказалось: левая труба, начиная с 1—1,5 см от рога матки, растянута, спаяна с яичником. Правая труба—в спайках, с небольшими нодозными узлами.

Операция: двухстороннее удаление труб.

Диагноз: левосторонний трубный выкидыш, аднекситы.

Гистологическое исследование: левая труба—складки слизистой увеличены в виде ворсинчатых разростаний и выступают в просвет трубы. Основа слизистой и вся стенка трубы резко отечны. В мышечной стенке трубы инфильтрация из мелких круглых клеток, особенно богатых вокруг сосудов. Правая труба дает ту же картину.

Диагноз: хронические сальпингиты.

Случай 13. Больная С. В., 26 лет, домашняя хозяйка. Поступила в клинику с схваткообразными болями внизу живота, которые тянутся 4 недели.

Менструация с 15 лет, через 4 недели, по 2 дня, среднего количества, с болями во время их. Последняя—5 недель тому назад. Замужем 5 лет. Беременность была одна, закончившаяся нормальными родами четыре года тому назад. Послеродовой период нормальный. Больше не беременеет, оберегается с помощью неполных половых сношений(coitus interruptus). Три года тому назад менструация у больной была через 2 недели, с резкими болями внизу живота. Лечилась две недели в Логойской больнице и выписалась здоровой.

При операции оказалось: левая труба растянута, величиной с куриное яйцо. Правая—нормальна.

Операция: удаление левой трубы.

Диагноз: левосторонний трубный выкидыш.

Исследование удаленной трубы: складки слизистой выражены ясно. В ее основе гнездами инфильтрация из мелких круглых клеток. Местами такие же инфильтраты в стенке трубы, особенно в направлении к мезосальпинксу.

Диагноз: хронический сальпингит.

Случай 14. Больная Г., 20 лет, домашняя хозяйка (история болезни № 898). Поступила в клинику с жалобами на боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища, которые тянутся два дня.

Менструация с 16 лет, через 4 недели, по 4 дня в среднем количестве. Последняя—5 недель тому назад. Замужем полтора года. Беременностей не было, оберегалась с помощью неполных половых сношений (coitus interruptus).

При операции оказалось: левая труба макроскопически нормальна; правая в ампулярной части растянута до величины куриного яйца. Вокруг фимбрий сгустки крови.

Операция: удаление правой трубы.

Диагноз: правосторонний трубный выкидыш.

Гистологическое исследование удаленной трубы: складки слизистой выражены хорошо. Основа складок слегка отечна. Вся стенка диффузно инфильтрирована лейкоцитами, эозинофилами и эритроцитами. Соединительная ткань в обычном количестве.

Диагноз: подострый сальпингит.

В третьей группе мы имели больных, у которых в анамнезе никаких воспалительных заболеваний в половой сфере не было, но при гистологическом исследовании обнаружены были сальпингиты. В анамнезе у больных имелись указания на неполные половые сношения (coitus interruptus).

О том, что неполные половые сношения могут обуславливать такие патологические явления, как меноррагии, указывал ряд авторов. Вевера, Антошина в своих работах приходят к выводам, что неполные половые сношения, сопровождающиеся гиперемией, как и всякая застойная гиперемия, могут служить причиной хронических метритов. Как на причинный момент внематочной беременности, Груздев и Пальмов указали на неполные половые сношения. Проф. Выдрин в своих лекциях большое значение придает неполным половым сношениям, как этиологическому моменту ряда нарушений физиологии и функции половых органов.

В наших случаях нужно признать вероятным, что неполные половые сношения обусловили развитие хронических воспалительных процессов и последние послужили причиной внематочной беременности.

Из 17 случаев внематочной беременности у 14 мы находили подострые и острые сальпингиты. Эти сальпингиты, по нашему мне-

нию, и явились предпосылкой, вернее причиной наступления внематочной беременности.

Как же в этих случаях можно об'яснить задержку яйца в трубе. Сужение просвета трубы, о котором говорят Груздев и Гёне, мы нашли только лишь в одном случае (1). Наконец, мы не можем доказать, что это сужение было настолько велико, что яйцо задержалось здесь вследствие механических препятствий. Не исключается возможность и того, что на почве воспаления наступило ослабление перистальтики трубы и, как результат этого, задержка яйца.

Таким образом, можно констатировать, что причина образования внематочной беременности есть процесс сложный, судить о котором на основании только цифровых данных было бы ошибочно.

Четвертая группа.

Случай 15. Больная Б., 39 лет, колхозница (история болезни № 955). Поступила в клинику со схваткообразными болями внизу живота и кровянистыми выделениями, которые тянутся две недели.

Менструация с 15 лет, через 4 недели, по 3—4 дня в среднем количестве. Последняя—8½ недель тому назад. Замужем 10 лет. Два раза были нормальные роды. Третья беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 4 месяце, после чего болела воспалением придатков и лечилась два месяца в Сталинградской больнице. Это было 4 года тому назад. С тех пор больше не беременела; отчего, — больная не знает. Уже будучи взрослой, перенесла брюшной и сыпной тифы.

При операции оказалось: правая труба в ампулярном конце растянута до 6 см в поперечнике. Вокруг ее фибрий сгустки крови. Левая труба—макроскопически нормальна.

Операция: удаление правой трубы.

Диагноз послеоперационный: правосторонний трубный выкидыш.

Гистологическое исследование удаленной трубы показало, что строение ее нормально.

Случай 16. Больная Б., домашняя хозяйка (история болезни № 602). Поступила в клинику с острыми схваткообразными болями внизу живота, незначительными кровянистыми выделениями из влагалища, которые начались накануне.

Менструация с 15 лет, через 4 недели, по 3—2 дня. Последняя,—6 недель тому назад. Замужем 7 лет. Беременность была одна 6 лет тому назад, закончившаяся нормальными родами. Послеродовой период прошел нормально. Больше не беременела; отчего, не знает. В возрасте 22 лет перенесла сыпной тиф.

При операции оказалось: левая труба в фимбриальном конце растянутая, разорванная и в местах разрыва торчат куски плодного яйца со сгустками крови. Правая труба—нормальна.

Операция: удаление левой трубы.

Послеоперационный диагноз: разрыв левой трубы.

Гистологическое исследование удаленной трубы: кровеносные сосуды стенки трубы незначительно расширены и наполнены кровью, в них много темно-бурого пигмента. Мышечные пучки разорваны по неровной, зубчатой линии. В остальном—как в слизистой, так и в мышечной стенках отклонений от нормы нет.

Случай 17. Больная С., 30 лет, портниха (история болезни № 846). Поступила в клинику с жалобами на незначительные кровянистые выделения, которые тянутся 3 дня. Менструация с 13 лет, через 4 недели, по 3—4 дня. Последняя—5½ недель тому назад. Замужем 8 лет. Было 4 беременности, из которых 2 закончились искусственными абортами и 2—срочными родами. Последние роды—полтора года тому назад. Заболеваний никаких не было.

При операции оказалось: правая труба нормальна. Левая в ампулярном конце растянута с куриное яйцо, вокруг фимбрий сгустки крови.

Операция: удаление левой трубы.

Послеоперационный диагноз: левосторонний трубный выкидыш.

Гистологическое исследование удаленной трубы показало, что ее строение нормально.

В последней группе, при гистологических исследованиях труб, мы нашли их нормальными. В данных случаях о причинах наступления внематочной беременности мы сказать ничего не можем.

Выводы

1. Причины образования внематочной беременности могут быть различными. Это есть сложный процесс, зависящий иногда от скрытых, трудно уловимых факторов, из которых главным является воспалительный процесс в трубах (по нашему материалу 14 случаев из 17).

2. Воспалительные процессы в Фалопиевых трубах могут иногда протекать без суб'ективных ощущений со стороны больных (Случаи 6—11).

3. Неполные половые сношения, предрасполагая к воспалительным изменениям половой сферы (эндосальпингиты), могут быть причиной наступления внематочной беременности.

4. Часто небеременные трубы с другой стороны представляют такие же воспалительные изменения, как и беременные.

5. Учитывая, что в 82% случаев внематочная беременность развивается на почве воспалительных процессов, необходимо при макроскопических изменениях во второй (небеременной) трубе удалять и ее. Расчитывать на успешность пластических операций на второй трубе во время производства операции по поводу внематочной беременности нецелесообразно, памятуя мудрые слова Гёне: «Открыть при помощи пластики закрытую трубу все равно, что установить капкан для оплодотворенного яйца».

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР.
№ 3—4 1939 г.

ОПЫТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИЦИДА

О. Г. Плисан и И. Е. Фабрикант

Из госпитальной хирургической клиники (директор—проф. Ю. М. Иргер) и бактериологической лаборатории 2-й терапевтической клиники (директор—академик Ф. О. Гаусман)

В деле лечения хирургических инфекций и их профилактики, в особенности в условиях военно-полевой хирургии, антисептика занимала и всегда будет занимать видное место. Ни один из употребляемых в хирургической практике антисептических препаратов не свободен от тех или иных недостатков. И вполне естественно, что проверка новейших предложенных антисептических веществ, в смысле их бактерицидности, отношения к тканям и эффективности применения в условиях клиники, приобретает живой интерес.

В настоящее время во многих клиниках, наряду с применением известных старых антисептических веществ для лечения ран, все более внедряются и находят себе широкое применение новейшие антисептические вещества, как-то: хлорацид, предложенный Шауфлером в 1933 г. и бактерицид, предложенный Збарским в 1935 г.

На третьем Всесоюзном совещании хирургов в Ленинграде (январь 1937 г.) было уделено большое внимание вопросам лечения гнойных ран и профилактики хирургической инфекции. В центре внимания были предложенные новейшие антисептические препараты, в частности интересующий нас бактерицид. На совещании высказывались о высоких бактерицидных свойствах препарата проф. Збарского. Выступления различных авторов касались применения бактерицида, как антисептического препарата в дезинфекционной практике, в высоких концентрациях раствора (1 : 100), для обеззараживания шовного материала, резиновых перчаток и инструментария. Авторы поделились также опытом применения в хирургической клинике, в частности при лечении гнойных ран, препарата бактерицида, причем лучшим раствором для лечебных целей считают 1:3000. Совещание высказалось о необходимости дальнейшего клинического и лабораторного испытания новейших бактерицидных препаратов.

Наша литература за последние годы уделяет достаточное внимание этим вопросам. Мы имеем ряд работ, посвященных экспериментальной и бактериологической проверке действия новейших антисептических веществ, а также сообщения о применении их в практической работе хирурга. Касаясь этих работ, мы можем указать, что некоторые авторы, считая бактерицид достаточно сильным бактерицидным средством, обращают серьезное внимание на тот факт, что последний очень травмирует ткани при его при-

менении (Ф. П. Слипенко, В. С. Попов). В связи с этим обстоятельством рекомендуется воздержаться от профилактической обработки ран (Ерехович-Гастева).

С другой стороны, имеются указания, что употребляемые растворы бактерицида не оказывают вредного влияния на регенерацию тканей (Островерхов) и бактерицид может быть широко применяем для лечения гнойных ран и профилактической их обработки (Левенко и Соловьева, Г. И. Шапиро).

В водном растворе бактерицида 1 : 5000 гибнут все культуры в течение трех минут. Стафилококк гибнет в растворе бактерицида 1:150.000 (Слипенко и Попов). По данным других авторов, стафилококк выживал в водном растворе бактерицида 1 : 5000—10 минут, 1 : 10.000—20 минут, 1 : 20.000—1 час (Ерехович-Гастева).

Таким образом, данные литературы по вопросам бактерицидности in vitro и влияния на ткани бактерицида несколько не сходятся с данными проф. Збарского.

Занимаясь по предложению проф. Ю. М. Иргера изучением действия новейших бактерицидных веществ, мы в первую очередь поставили перед собой задачу проверить эффективность бактерицидного действия препарата бактерицида in vitro и в условиях применения его в клинике, исходя из вышеизложенных литературных данных. Для проверки действия бактерицида in vitro на гноеродную флору мы пользовались культурами, выделенными из гноя больных, которые находились под клиническим наблюдением. Опыты были поставлены по следующей методике: к 2 см³ бактерицида в разведении 1 : 3000, 1 : 6000, 1 : 9000 и 1 : 12000 мы прибавляли 1 миллиард микробных тел. Через 5, 15, 30 и 45 минут делались отсевы в соответствующую питательную среду. Спустя 24 часа стояния в термостате отмечались результаты. Полученные нами данные представлены в таблице 1.

В наших данных обращает на себя внимание разница в отношении устойчивости к действию бактерицида разных штаммов одного и того же вида микроба. Наряду с некоторыми штаммами стафилококка, кишечной палочки и стрептококка, оказавшимися устойчивыми к действию бактерицида, мы отмечаем другие их штаммы—малоустойчивые. В то время, как одни штаммы одного и того же вида микроба, подвергнутые воздействию бактерицида, при отсеве не давали роста, другие его штаммы при воздействии на них бактерицидом той же концентрации, в тот же промежуток времени давали обильный рост.

Следует отметить, что степень устойчивости к бактерициду, характерная для каждого из исследованных нами штаммов, оказалась при повторных исследованиях почти неизменной. По всей вероятности этим об'ясняется то, что данные литературы по поводу действия бактерицида in vitro несколько разноречивы, ибо степень активности того или иного бактерицидного вещества зачастую выводится лишь на основании исследования одного штамма данного вида. Как показали наши исследования, штамм штамму рознь, и степень активности антисептического вещества, в отношении разных штаммов микробов, различна.

Касаясь концентрации раствора бактерицида, следует сказать, что лишь разведение его 1 : 3000 является, в известной степени, бактерицидным в пределах исследованных нами видов микробов. Из 19 исследованных нами штаммов разных видов микробов (при

Бактерицидные свойства бактерицида в связи с временем

Концентрация раствора	Концентрация раствора бактерицида 1:3·000				Концентрация раствора бактерицида 1:6000	
Время воздейст.	5 м.	15 м.	30 м.	45 м.	5 м.	15 м.
Желт. стафил.	++++	+	—	—	++++	++
Бел. стафил	+	+	—	—	++	++
Золот. стафил.	—	—	—	—	+	+
Желт. стафил.	+	+	—	—	+++	++
Бел. стафил	—	—	—	—	8 кол.	—
Желт. стафил.	20 кол.	—	—	—	+	1 кол.
Желт. стафил.	10 кол.	—	—	—	+	26 кол.
Желт. стафил. . . .	5 кол.	—	—	—	10 кол.	—
Желт. стафил	5 кол.	—	—	—	—	—
Стрептококк	—	—	—	—	+	—
Стрептококк	+	+	—	—	+++	++
Стрептококк	—	—	—	—	—	—
Bact. coli	—	—	—	-	—	—
Bact. coli	—	—	—	—	—	—
Bact. coli	—	—	—	—	++++	++++
Bact. coli	++++	++++	—	—	++++	++++
B. paracoli	—	—	—	—	—	—
B. paracoli	++++	+	—	—	++++	++
Pyocyaneus	—	—	—	—	—	—

Примечание: ++++ — обильный рост, +++, ++, +— различные

Таблица 1

воздействия и концентрацией раствора

Концентрация раствора бактерицида 1 : 6·000		Концентрация раствора бактерицида 1 : 9·000				Концентрация раствора бактерицида 1 : 12·000			
30 м.	45 м.	5 м.	15 м.	30 м.	45 м.	5 м.	15 м.	30 м.	45 м.
—	—	++++	++++	+++	—	++++	++++	++++	—
13 кол.	—	+++	+++	21 кол.	—	++++	++++	+	+
—	—	+++	+++	—	—	++++	++++	—	—
+	+	++++	++++	++	+	++++	++++	++	++
—	—	17 кол.	—	—	—	++	—	—	—
—	—	+	18 кол.	—	—	+	+	11 кол.	—
—	—	++	+	19 кол.	—	++	++	+	—
—	—	15 кол.	12 кол.	—	—	+	20 кол.	12 кол.	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	++	+	+	—	++++	+	+	—
++	—	+++	++	++	+	++++	++	++	—
—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
—	—	—	—	—	—	27 кол.	—	—	—
—	—	—	—	—	—	+	—	—	—
—	—	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++
++	—	++++	++++	++++	++	++++	++++	++++	++++
—	—	+	—	—		++	—	—	—
++	++	++++	+++	++++	++++	++++	++++	++++	++++
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

степени роста,——отсутствие роста.

5-минутном воздействии) 10 оказались стерильными, в 6 случаях мы получили значительное торможение роста и лишь в трех случаях имеем обильный рост. Увеличивая время воздействия до 15 минут, мы имеем в 12 случаях отсутствие роста, в остальных значительное угнетение его и лишь в одном—обильный рост. При воздействии в течение 30 минут мы уже имеем во всех случаях отсутствие роста.

В более слабых концентрациях активность бактерицида понижается. В разведении 1 : 9000 известную активность мы имеем лишь при воздействии в течение 45 минут, а в разведении 1 : 12000, даже при воздействии в течение 45 минут, в ряде случаев имеем рост.

Известный практический интерес представляют также опыты с удлинением времени воздействия бактерицида в более низких концентрациях его раствора на патогенную флору. С этой целью мы проверили эффективность действия бактерицида в течение 24 часов в концентрации растворов его начиная с 1 : 20.000 до 1 : 80.000. Методика опытов аналогична изложенной для предыдущей серии. Результаты этих опытов представлены в таблице 2.

Таблица 2

Действие бактерицида на микроорганизмы в малых концентрациях раствора в течение 24 часов

Концентрация	Желт. стаф.	Желт. стаф.	Желт. стаф.	Бел. стаф.	Золот. стаф.	Золот. стаф.	Киш. пал.	Киш. пал.	Стрептококк	Стрептококк
1 . 20 000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1 :30.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1 :40.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1 :50.000	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—
1 :60.000	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—
1 :70.000	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—
1 :80.000	—	—	+	—	+	—	—	+	+	—

Примечание: + — обильный рост, — — отсутствие роста.

Как видно из таблицы 2, бактерицид оказался активным в разведении 1 : 80.000 в 6 случаях, а в разведении 1 : 70.000—в 3 случаях и лишь один штамм стрептококка оказался устойчивым к воздействию бактерицида, начиная с концентрации раствора его 1 : 50.000, где мы уже получили обильный рост. Таким образом, мы приходим к выводу, что бактерицид обладает высокими бактерицидными свойствами, являясь активным в разведении 1 : 70.000 во всех случаях за исключением одного. Наряду с этим, разницу в степени активности бактерицида по отношению к разным штаммам мы отмечаем и при удлинении времени воздействия до 24 часов.

Параллельно с исследованиями лабораторного порядка, мы применяли для лечения бактерицид в клинических условиях. Под нашим клиническим наблюдением прошло 82 больных, леченных бактерицидом. Бактерицид применялся для промывания гнойных полостей, а также в виде тампонов, смоченных бактерицидом

в растворе 1 : 3000, для тампонации ран. 54 их этих больных находились в стационаре клиники, остальные наблюдались амбулаторно. Материал наш касается преимущественно острогнойных заболеваний: абсцессы и флегмоны—28 случаев, тяжелые панариции—12 случаев, маститы—9 случаев, острые и подострые остеомиэлиты—14 случаев, абсцессы легкого—2 случая и 14 случаев разных других инфекций. В 3-х случаях бактерицид применялся нами с профилактической целью при первичной обработке ран.

Касаясь влияния бактерицида в разведении 1 : 3000 на ткани, мы можем, на основании наших клинических наблюдений, лишь высказаться о том, что мы не могли отметить вредного и губительного влияния его на ткани. Полностью разрешить вопрос о влиянии бактерицида на ткани возможно лишь методом экспериментального исследования на животных и большим количеством клинических наблюдений, чем мы и будем заниматься в дальнейшем.

Каково клиническое течение остро-гнойного процесса под влиянием лечения его бактерицидом. Самочувствие больных хорошее, болезненности в связи с применением бактерицида не отмечается. Некротизированные участки очищаются хорошо, отделяемое из ран постепенно становится менее обильным и вид ран, леченных бактерицидом, хороший. В одном случае острого остемиэлита, где в последующем лечении присоединилась синегнойная палочка, заглушить рост последней применением бактерицида не удалось.

В наших случаях применения бактерицида с профилактической целью, при первичной обработке ран, мы остались довольны результатами. Трудно сказать, что в данном случае явилось решающим—удачная первичная обработка раны, либо применение бактерицида, либо то и другое в сочетании. Особо показательным является случай большой раны на спине и правой reg onis deltoideae, где дело касалось частичного размозжения трапецевидной и дельтовидной мышц с раздробленным переломом кости лопатки у своего основания. При первичной обработке, после вырезывания краев раны, удаления размозженных участков мышц и осколков кости, рана была обильно промыта бактерицидом и защита наглухо. Заживление гладкое, первичным натяжением.

В литературе имеются указания, что в белковой среде, а также и при прибавлении физиологического раствора к бактерициду, бактерицидность последнего снижается в шесть раз (Ерохович-Гастева). Проверка этих данных, касательно физиологического раствора, нашла себе подтверждение и в наших исследованиях, хотя степень понижения бактерицидности, по нашим данным, примерно в три раза.

Гипертонический раствор хлористого натрия понижает бактерицидность бактерицида в большей степени (в 9 раз).

При клиническом изучении больных гнойными инфекциями и течения раны под влиянием лечения их бактерицидом, мы смогли убедиться, что даже после многократного применения бактерицида мы в ряде случаев смогли обнаружить достаточно обильную патогенную флору при бактериологическом исследовании содержимого раны. Казалось бы, что бактерицид, обладая столь высокими бактерицидными свойствами in vitro при более или менее непосредственном контакте с возбудителями в ране, должен был обладать достаточно сильными бактерицидными свойствами. Однако нам

пришлось убедиться, что действие его в ране резко разнится от такового in vitro. С этой точки зрения представляется весьма существенным изучение действия бактерицида в условиях ран, в частности в условиях гноя.

При воздействии бактерицидом на гной в течение 24 часов мы отметили, что бактерицид оказывается недеятельным в разведении 1 : 3000, в то время как в отношении культуры, выделенной из этого же гноя, бактерицид активен в разведении его 1 : 80.000.

Эти данные довольно убедительно говорят за то, что гной препятствует действию бактерицидного вещества. Однако, это еще не доказывает, что гной обладает способностью ослаблять бактерицидные свойства антисептического вещества. Возможно, что гной является лишь механическим препятствием для контакта антисептического вещества с возбудителем, который будучи окружен гноем, оказывается как бы защищенным от губительного действия бактерицидного вещества.

Выяснить—обладает ли гной способностью понижать активность бактерицидного вещества и в какой степени—возможно лишь испытанием бактерицидного вещества, которое было в контакте с гноем.

С этой целью нами поставлены следующие опыты: 5 см³ бактерицида в концентрации 1 : 3000 мы приводили в контакт с 1 см³ гноя на время от 5 минут до одного часа, затем центрифугировали и отсасывали жидкую часть. Из этой жидкости, т. е. бактерицида, бывшего в контакте с гноем, делали разведения от 1 : 3000 до 1 : 80.000 и к каждым 2 см³ соответствующего разведения добавляли 1 миллиард микробных тел культуры стафилококка, после чего оставляли на 24 часа с последующим отсевом, по истечении этого срока, на сахарный бульон. Параллельно нами ставился контроль с бактерицидом, который не был в контакте с гноем, причем употреблялась таже стафилококковая культура. Этот опыт повторно ставился с пятью гноями различного происхождения. Результат этих опытов представлен в таблице 3.

Таблица 3

Действие бактерицида, бывшего в контакте с гноем

Концентрация	Гной, подвергшийся воздействию бактерицида	Бактерицид, бывший в контакте с гноем в течение 5 минут	Действие бактерицида (контроль)
Время воздействия	24 часа	24 часа	24 часа
1 : 3000	+	+	—
1 : 6.000	+	+	—
1 : 9.000	+	+	—
1 : 12.000	+	+	—
1 : 20.000	+	+	—
1 : 30.000	+	+	—
1 : 40.000	+	+	—
1 : 50.000	+	+	—
1 : 60.000	+	+	—
1 : 70.000	+	+	—
1 : 80.000	+	+	—

Примечание: + — рост, — — отсутствие роста.

Как видно из таблицы, бактерицид, бывший даже в 5-минутном контакте с гноем, при воздействии его на культуру в течение 24 часов дает при отсеве рост во всех пробирках и в разведении 1 : 3000. Те же результаты дает нам гной, подвергшийся воздействию бактерицида в течение 24 часов. В контроле, при действии бактерицида на ту же культуру, мы имеем отсутствие роста даже в разведении 1 : 80.000.

Отсюда следует, что гной уже в течение 5 минут инактивирует бактерицид в разведении его 1 : 3000, т. е. в растворе, применяемом в клинической практике. Таким образом, неактивность бактерицида в присутствии гноя об'ясняется не только тем, что гной служит лишь механическим препятствием, а способностью его ослаблять силу бактерицида так, что последний становится вовсе недеятельным в разведении 1 : 3000.

Полученные нами данные приобретают особое значение, так как время в 5 минут является совершенно недостаточным для того, чтобы убить патогенную флору, как это видно из наших опытов (см. таблицу 1). В свете полученных нами лабораторных данных становятся ясными для нас и те наблюдения, которые касаются существования патогенной флоры в ране, даже после длительного применения бактерицида для лечения.

Следует отметить, что посевы осадка гноя, бывшего в контакте с бактерицидом, даже спустя 24 часа после удаления последнего давали рост.

В настоящей работе мы ограничиваемся констатацией факта значительного ослабления активности бактерицида в результате контакта его с гноем. Что касается об'яснения этого явления, то, очевидно, здесь имеет место адсорбция. Гной, состоящий из форменных элементов, сохранивших свою структуру, разрушенных и других белковых субстанций, имеет большую адсорбционную поверхность и, адсорбируя антисептическое вещество, тем самым понижает его активность.

Выводы

1. Бактерицид обладает высокими бактерицидными свойствами, которые проявляют себя разно по отношению к различным штаммам одного и того же вида микроба.

2. Бактерицид является активным для большинства исследованных нами штаммов в больших разведениях (1 : 70.000).

3. При воздействии на гной бактерицидом в течение 24 часов, последний оказывается недеятельным в разведении его 1 : 3000.

4. При контакте с гноем в течение 5 минут бактерицид в концентрации 1 : 3000 теряет свои бактерицидные свойства.

5. Гной обладает способностью значительно понижать активность бактерицида, вероятно, вследствие адсорбции последнего гноем.

6. Бактерицид в концентрации 1 : 3000 не травмирует тканей, способствует отделению некротизированных участков, не вызывает болезненных ощущений и может быть применяем для лечения гнойной инфекции и профилактической обработки инфицированных ран.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

ТЕРАПИЯ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ

Доц. Е. Е. Кацман

Из клиники Института охраны материнства и детства БССР (директор—А. М. Вовшина, научный руководитель—проф. В. А. Леонов).

Недостаточное знание патогенеза цереброспинального менингита, неизученность его форм, отсутствие единой классификации, с одной стороны, а с другой,—большой процент смертности от заболевания цереброспинальным менингитом, желание найти пути и средства к скорейшему исцелению от этого тяжелого недуга—создали обилие разных методов лечения и различную их оценку.

Всякий терапевтический метод лечения требует прежде всего об'ективности и строгого учета. В большом арсенале терапевтических мероприятий, которые были предложены при лечении цереброспинального менингита, наиболее актуальным является серовакцинотерапия. Остальные методы лечения—лекарственные, отвлекающие, оперативные (люмбальная пункция)—лишь дополняют серовакцинотерапию. Доптер, Неттер, Нубекур, а у нас в СССР Леонов, Нейц и другие придают огромное значение лечению антименингококковой сывороткой, указывая на резкое снижение процента смертности.

Впервые противоменингококковую сыворотку применили в 1906 г. Пфляундер и Шлоссман. Вслед за ними Иохман, Колле, Вассерман подтвердили резкое снижение смертности при применении серотерапии с 80—60 до 27%. Флекснер (1913 г.) указывает на снижение смертности в случаях лечения противоменингококковой сывороткой с 75 до 30,9% против нелеченных сывороткой. Доптер, Неттер, Дебрэ, Кантакузен, у нас в СССР Леонов, Нейц, Сутин, Эйслер и другие подтвердили хороший эффект от применения серотерапии. Но все еще до сих пор раздаются голоса против применения серотерапии при лечении цереброспинального менингита (Кисель, Лунц, Фришман, Комби, Буржуа, Де-Сез).

Конечно, применение антименингококковой сыворотки не разрешает еще окончательно проблемы лечения цереброспинального менингита. Но факт остается непреложным—со времени введения сывороточного лечения проценты смертности и осложнений резко понизились.

Кроме специфической сыворотки, некоторые авторы употребляли при лечении цереброспинального менингита и неспецифические сыворотки. Вайцфельдер применил в Нью-Йорке противодифтерийную сыворотку. Применяли и лошадиную сыворотку (Пармель и др.), но особого успеха отметить не могли (цит. по Фришману). Флекснер и Иохман вводили антименингококковую сыворотку интралюмбально,

предварительно выпустив спинно-мозговую жидкость в большем количестве, чем введенная сыворотка. Процент смертности, по их данным, равнялся 50.

Левкович считает введение сыворотки интролюмбально нерациональным; по его мнению, надо вводить эпицеребрально или внутрижелудочково. Основанием для этого способа введения, по его мнению, должно служить то, что введенная интролюмбально сыворотка достигает медленно arachnoidea и желудочков в разбавленном виде и что нет необходимой концентрации сыворотки при соприкосновении с возбудителем. По Левковичу, введение сыворотки интралюмбально было бы рациональным при воспалении оболочек спинно-мозгового канала, а не оболочек мозга, и если бы мы не имели хориоидо-эпендимита, которые, по Левковичу, лежат в основе заболевания менингитом (цит. по С. С. Залевскому и А. Я. Гольдбергу). У грудных детей он вводит через родничек, а у старших—прибегает к трепанации черепа и прокалыванию твердой мозговой оболочки.

Грубер и Киршенштейн указывают на эффективность сыворотки при ее раннем применении; Зигель и Зольгрубер при предварительной замене ликвора—воздухом.

В Детской клинике МГМИ и клинике Института ОМД БССР введение антименингококковой сыворотки применяют межмышечно. Так как при применении серотерапии и вакцинотерапии процент смертности все же большой, особенно у грудных детей и детей раннего возраста, и сама сыворотка не всегда давала одинаковый эффект, что зависело от способа ее приготовления, от выдержки ее, от штамма, и так как у грудных детей и у детей раннего возраста недостаточно выработаны иммуно-биологические свойства,—проф. В. А. Леонов предложил вместе с введением сыворотки применять при лечении цереброспинального менингита в грудном и раннем возрастах—гемотерапию.

Всего через клинику с 1932 по 1936 г. прошло 158 детей. Из них:

1. Леченных сывороткой и гемотерапией

До 6 мес.	—33 чел.	
от 7 мес. до 1 года	—22 „	мальчиков—37
„ 1 года „ 2 лет	— 8 „	девочек —30
„ 2 лет „ 3 лет	— 4 „	

2. Не леченных гемотерапией, а только сывороткой и вакциной

До 6 мес.	18 чел.	
От 7 мес. до 1 года	22 „	мальчиков—30
„ 1 года „ 2 лет	15 „	девочек—31
„ 2 лет „ 3 „	6 „	

3. Старше трех лет, получивших сыворотку и вакцину

От 3 до 6 лет	15 чел.	
„ 7 „ 9 „	10 „	мальчиков—15
„ 10 „ 12 „	3 „	девочек—15
„ 13 „ 14 „	2 „	

Из 67 детей, леченных гемотерапией и сывороткой, на грудном вскармливании было 55 чел. Из 61 ребенка, не леченных гемотерапией, а только сывороткой, на грудном кормлении было 50.

Конечно, громадное влияние на исход лечения имело время поступления больного в клинику, о чем можно судить по нижеприведенным таблицам.

Время поступления в клинику и исход заболевания

Время начала лечения	Дети до 3 лет, лечение сывороткой+гемотерапия			Дети до 3 лет, леченные сывороткой			Дети от 3 до 14 лет			
	выздоровление	осложнение	смерть	выздоровление	осложнение	смерть	выздоровление	осложнение	смерть	выписано без изменений
1 нед. . . .	33	1	20	6	2	10	16	—	6	1
2 „ . . .	8	—	—	1	2	5	1	—	—	3
3 „ . . .	4	1	—	1	1	4	1	—	—	1
больше месяца .	—	—	—	—	28	1	—	—	—	1
Итого . .	45	2	20	8	33	20	18	—	6	6
Всего . .	67			61			30			

На какой день заболевания поступил в клинику	Лечение сывороткой и гемотерапией					Лечение только сывороткой				
	до 6 мес.	от 7 мес. до 1 года	от 1 года до 2 лет	от 2 до 3 лет	Итого	до 6 мес.	от 7 мес. до 1 года	от 1 года до 2 лет	от 2 до 3 лет	Итого
На 1 день . . .	1	3	1	—	5	—	—	1	1	2
„ 2—3 день . .	19	9	2	2	32	5	5	3	3	16
„ 4—5 „ . .	6	6	1	2	15	3	3	3	1	10
„ 6—7 „ . .	2	3	1	—	6	1	2	1	2	6
„ 8—14 „ . .	2	2	1	—	5	7	6	4	—	17
„ 15—21 „ . .	3	1	—	—	4	1	3	2	1	7
через 1 мес. . .	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2
свыше 1 мес. . .	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Итого . . .	—	—	—	—	67	—	—	—	—	61

Примечание: В числе поступивших на 21 день 3 детей с гидроцефалией (из них 2 умерло).

На какой день заболевания поступил в клинику	Лечение сывороткой и вакциной				
	от 3 до 6 лет	от 7 до 9 лет	от 10 до 12 лет	от 13 до 14 лет	ИТОГО
На 1 день	—	—	—	—	—
„ 2— 3 день . .	7	6	2	2	17
„ 4— 5 „ . . .	5	—	—	—	5
„ 6— 7 „ . . .	2	1	—	—	3
„ 8—14 „ . . .	1	1	—	—	2
„ 15—21 „ . . .	—	1	1	—	2
Через 1 месяц . . .	—	1	—	—	1
Итого . . .	—	—	—	—	30

На исход лечения влияет не только упитанность, вскармливание, время поступления в клинику, но также и перенесенные до заболевания цереброспинальным менингитом другие инфекции. В представленной ниже таблице указано, чем болели дети до заболевания цереброспинальным менингитом.

1. Дети до 3 лет, лечившиеся сывороткой и гемотерапией

Грипп	Диспепс.	Корь	Пневмон.	Ветр. оспа	Гемор. колит.	Коклюш	Примечание
5	5	3	5	4	1	5	Несколько детей перенесло по 2—3 инф. Не болело— 48 чел.

2. Дети, не лечившиеся гемотерапией, а только сывороткой и вакциной

Грипп	Диспепс.	Корь	Скарлатина	Коклюш	Дифтер.	Ветр.	Восп. легких	Стем.	Примечание
9	7	4	2	3	1	4	2	1	Не болело— 36 чел.

3. Дети от 3 до 14 лет, лечившиеся сывороткой и вакциной

Грипп	Дизент.	Корь	Пневмон.	Скарлат.	Коклюш	Колит	Ветр.	Примечание
1	1	22	5	6	6	1	1	Не болело— 3 детей.

Наш материал мы разделили на 3 группы: первая группа—лечение сывороткой и гемотерапией, вторая—лечение одной сывороткой (обе группы в возрасте до 3 лет) и третья—дети старше 3 лет, лечение сывороткой и вакциной. При оценке способа лечения надо учитывать, помимо вышеуказанных моментов, и тяжесть заболевания. Отсутствие единой классификации придает оценке того или иного способа лечения некоторую суб'ективность, что, конечно, отражается при сравнении процентных соотношений.

Предложенные у нас в БССР проф. В. А. Леоновым и заграницей Нубекуром массивные дозы сыворотки дали на огромном материале клиник МГМИ и Института ОМД значительное снижение смертности. Способ применения сыворотки был указан выше. Трудность оценки в лечении противоменингококковой сывороткой вызывается: 1) отсутствием единой классификации, 2) разными по времени и способу введениями сыворотки, 3) применением сывороток разных штаммов и валентности, 4) лечением вакциной наряду с сывороткой. Мы применяли ежедневные пункции и межмышечно вводили от 30 до 100 $см^3$ сыворотки до появления сывороточной болезни.

Из прилагаемой ниже таблицы видно количество сыворотки и ин'екций крови (гемотерапия), полученных детьми разных возрастов и исход лечения. Мы сравниваем процент смертности и выздоровлений с группой детей одного возраста, пораженных цереброспинальным менингитом в один и тот же отрезок времени, на одной и той же территории, но не получивших гемотерапии по тем или иным причинам.

Цитратную кровь мы применяем по 10—15—20 $см^3$ и брали ее в большинстве случаев от матерей детей, заболевших цереброспинальным менингитом. Матери охотно давали свою кровь, и, как отмечает проф. Г. Н. Сперанский, мать с биологической точки зрения является лучшим донором.

Как часто и куда ин'ецировать кровь? Мы вводили кровь интрамускулярно в ягодицы, через 1—2 дня. По данным авторов (Гольдшейдер и Якоби, Гурвич), частые и ранние повторные ин'екции крови извращают ход реакции. Вследствие этого приходится выжидать некоторое время, пока морфологические и физико-химические изменения, наступившие в крови, возвратятся в свое исходное состояние (до ин'екции), т. е. через 48 часов.

На нашем материале, при ин'екции крови мы никогда не получали осложнений в виде абсцессов, повышения температуры и т. д. Так как помимо гемотерапии основным лечением являлась антименингококковая сыворотка, мы в своей работе на таблицах указываем количество сыворотки, полученной при лечении цереброспинального менингита. При лечении сывороткой и гемотерапией мы могли отметить резкое снижение процента смертности (29, 85) и большой процент выздоровления (67, 17), меньший процент осложнений, уменьшение койко-дней, резкое улучшение общего состояния. Правда, сывороточная болезнь вызывает иногда повышение цитоза, под'ем температурной кривой, усиление беспокойства у грудных детей, но эти явления быстро проходят. Дача сухих дрожжей, витамина В, CaCl, введение адреналина несколько уменьшают сывороточные явления.

Из спинно-мозгового канала мы не выпускали большого количества жидкости и не заменяли ее воздухом. Изредка вводили в канал уротропин. Из симптоматических средств употребляли: горячие ванны, холод на голову. При высокой температуре и беспокойстве—влажные обертывания. Уротропин, по данным некоторых авторов, якобы переходит из крови в спинно-мозговую жидкость и действует как формальдегид. Но для этого нужна кислая среда, а в спинно-мозговой жидкости среда щелочная. При сильном возбуждении и беспокойстве давали бромурал, при судорогах—повторные пункции и клизмы из 2% хлорал-гидрата.

Количество антименингококковой сыворотки и крови, полученное детьми в возрасте до 3 лет и исход лечения

Количество введенной сыворотки	Количество введенной крови	Общее количество детей	Выздоровление	Осложнение	Результат неизвестен	Смертельный исход
От 0— 50 см³ . .	—	—	—	—	—	—
„ 50—100 . . .	по 20 см³	2	—	—	—	2
„ 100—200 . . .	от 15 до 85 см³	22	13	—	1	8
„ 200—300 . . .	„ 15 „ 110 „	28	20	—	—	8
„ 300-400 . . .	„ 30 „ 100 „	7	5	1	—	1
„ 400—900 . . .	„ 40 „ 120 „	8	7	—	—	1
Итого . . .	—	67	45	1	1	20

Количество антименингококковой сыворотки, полученное детьми в возрасте до 3 лет (без гемотерапии), и исход лечения

Количество сыворотки	Вакцина	Общее количество детей	Выздоровление	Результат неизвестен	Осложнение	Смертельный исход
От 0 до 50 см³ . .	—	3	—	2	—	1
„ 50—100 см³ . . .	4	13	—	4	1	8
„ 100—200	—	16	3	7	3	3
„ 200—300	—	16	4	5	2	5
„ 300—400	—	11	1	7	—	3
„ 400—500	—	2	—	2	—	—
Итого . . .	4	61	8	27	6	20

Дети старше 3 лет, шедшие на вакцине и сыворотке и исход лечения.

Количество сыворотки	Вакцина	Общее количество детей	Выздоровление	Результат неизвестен	Осложнение	Смертельный исход
от 0 до 50 см ^{3} .	—	—	—	—	—	—
„ 50 „ 100 „ .	2	3	—	—	1	2
„ 100 „ 200 „ .	—	6	5	—	—	1
„ 200 „ 300 „ .	—	10	7	2	—	1
„ 300 „ 400 „ .	—	3	—	3	—	—
„ 400 „ 500 „ .	—	5	4	—	—	1
„ 500 „ 600 „ .	—	1	—	1	—	—
„ 600 „ 700 „ .	—	1	—	—	1	—
свыше 1000 „ .	—	1	—	—	—	1
Итого . . .		30	16+ослежений 6 / 22		2	6

Результаты лечения сывороткой и гемотерапией у детей до 3 лет.

Возраст	Выздоровление		Смертность		Осложнение	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
от 0 до 3 мес. . .	2	1	3	4	1	1
„ 3 „ 6 „ . .	8	7	2	4	—	—
„ 6 „ 9 „ . .	5	4	2	3	—	—
„ 9 „ 12 „ . .	10	1	—	1	—	—
„ 1 года до 2 лет .	2	2	—	—	—	—
„ 2 лет до 3 „ .	2	1	—	1	—	—
Итого . . .	29	16	7	13	1	1
	45		20		2	

Смертность по отношению к леченным сывороткой и гемотерапией—29,85% (в возрасте до 3лет). Выздоровления—67, 17%. Неизвестные осложнения—2,8%.

Результаты лечения сывороткой детей до 3 лет

Возраст	Выздоровление		Смертность		Осложнение		Выписано в тяжелом состоянии	
	Мальч.	Девоч.	Мальч.	Девоч.	Мальч.	Девоч.	Мальч.	Девоч.
До 6 мес. .	2	—	2	2	2	1	4	7
от 6 до 12 „	1	1	7	2	2	—	2	5
„ 1 года до 2 лет	2	1	2	1	1	—	2	6
„ 2 лет „ 3 „	—	1	—	4	—	—	—	1
Итого . .	5	3	11	9	5	1	8	19
Всего . .	8		20		6		27	

Результаты лечения детей от 3 до 14 лет

Возраст	Выздоровело		Умерло		Примечание
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	
От 3 до 6 лет . . .	8	4	—	1	4 девочки и 2 мальчика выписаны в тяжелом состоянии
„ 7 „ 9 „	1	4	1	—	
„ 10 „ 12 „	1	—	1	1	
„ 13 „ 14 „	—	—	2	—	
Итого	10	8	4	2	
Всего	18		6		

Выводы

1. Предложенные до сих пор методы лечения цереброспинального менингита не дали должной эффективности, особенно в раннем детском возрасте. Предложенный проф. В. А. Леоновым метод лечения менингококковой сывороткой (массивные дозы) плюс гемотерапия— дал большой процент выздоровления (67,17%) и малый процент смертности, по сравнению с нелеченными гемотерапией.

2. На исход лечения влияют: время поступления в клинику, перенесение до этого инфекции, упитанность, уход, правильное питание, а также качество употребляемой менингококковой сыворотки (однородность штамма, валентность, время сохранения сыворотки).

3. Отсутствие единой принятой классификации цереброспинального менингита затрудняет делать общие выводы при учете лечения тем или иным методом.

4. Гемотерапия—способ введения цитратной крови родителей интромускулярно—не дает никаких побочных явлений и не требует особой техники.

5. Лечение гемотерапией с менингококковой сывороткой в раннем детском возрасте уменьшает процент осложнений и койко-дней.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РОЖИ В ЛЮБОЙ ОБСТАНОВКЕ.

Проф. В. В. Космачевский и З. Е. Минкин

Из инфекционной клиники Белорусского мединститута (директор— проф. В. В. Космачевский)

За последние десятилетия нам не приходится наблюдать массовых заболеваний рожей характера эпидемических вспышек, как это было в прежние далекие времена, но спорадические случаи мы диагносцируем нередко.

То обстоятельство, что рожа, встречаясь повсюду, дает значительный процент смертности, вполне естественно порождает у специалистов желание найти наиболее эффективный метод лечения этого заболевания. На протяжении веков предложено было такое многообразное количество средств лечения, что перечислить их, хотя бы вкратце, не представляется возможным. Также затруднительно установить на основании литературных данных преимущество одного метода лечения перед другими.

Единственное исключение в этом отношении составляет новейший препарат, синтезированный Московским научно-исследовательским химико-фармацевтическим институтом в 1935 г. под названием «стрептоцид», идентичный германскому «пронтозолю» или французскому «рубиозолю». Препарату этому приписывается специфическое действие при рожистых воспалениях, о чем говорит множество советских и иностранных, особенно немецких работ. Недавно подтвердил это в своей работе на огромном материале Московской Боткинской больницы и проф. М. Н. Киреев. Соглашаясь во многом с данными проф. Киреева и других советских авторов, мы позволяем себе предложить вниманию интересующихся данные разбора 1020 историй болезней рожистых больных, прошедших за последние годы через нашу клинику и получавших разные методы лечения.

Из 1020 больных лиц мужского пола было 563 (55,1%) и лиц женского пола—457 (44,9%). Эти данные так же, как и данные проф. Киреева, несомненно должны поколебать установившийся взгляд, проводимый в учебниках, что женщины дают будто бы больший процент заболеваний, нежели мужчины. Исключение в этом отношении представляет лишь грудной возраст. Девочки до года болеют значительно чаще, нежели мальчики. Этот же возраст и этот пол дает значительно больший процент рожи половых органов, нежели более старшие возрасты; после же года отмечается превалирование мужского пола.

В холодное время года (осенне-зимние месяцы) число больных нарастает, а к началу лета падает, что лишний раз подтверждает прежние наблюдения.

Что касается возраста, то главная масса больных падает на возраст от 11 до 50 лет, среди которых особенно выделяется возраст от 21 до 30 лет. Количество первичных заболеваний рожей составляет 80,7%, повторных—19,3%. Повторно рожа почти не наблюдается в детском возрасте до 11 лет. С 11 же лет число повторных случаев заболевания рожей возрастает с каждой возрастной группой.

Средний процент смертности всех наших, разнообразно леченных, больных составляет за эти годы 5,6%. Не исключаются из этого числа и случаи, осложненные гнойными процессами, дающие всегда высокий процент летальности.

Влияние метода лечения на исход заболевания, как об этом будет сказано ниже, несомненно. В этом отношении наши данные 1934 г. резко разнятся от таковых 1937 г. В 1934 г. процент смертности у нас исчислялся в 6,2, а в 1937 г., когда главная масса больных получила наш комбинированный способ лечения, процент летальности упал до 2,7.

Рожистый процесс поражает, главным образом, голову—686 случаев. Второе место занимает поражение нижних конечностей—201 случай (17,7%), третье туловище—77 случаев (7,6%), четвертое—верхние конечности—41 случай (4,1%) и пятое—половые органы—15 случаев (1,4%). Локализация определялась по месту возникновения рожистого процесса.

Из 1020 человек у 251 рожа протекала тяжело. Кроме того, у 137 больных, доставленных большею частью на 5—9 дни заболевания, рожа протекла с осложнениями, среди которых отмечены: пневмония, сепсис, пиэмия, гастро-энтеро-колиты, гангрены кожи и половых органов, отиты, ирит. Кроме того, вопреки литературным указаниям, что... «рожа обычно не вызывает органических изменений в сердце и кровеносных сосудах» (Розенберг. Инфекционные болезни, стр. 398), нами наблюдались развившиеся на глазах 2 случая поражения эндокарда, 4—миокарда и 3—тромбоза разных сосудов, из коих один (tromb. art. central retinae) привел к полной потере зрения пораженного рожей глаза. Процент указанных осложнений, встречавшихся нами при роже до разбираемого периода, был почти такой же.

Характер заболевания определяют следующие формы рожи по глубине поражения: эритем.—702 (68,9%), булл.—207 (20,3%), флегм.—38 (8,6%), некрот.—20 (1,9%), лимфангоит.—3 (0,3%).

Чаще всего нам пришлось иметь дело с эритематозной формой рожи. Остальные, особенно некротическая и лимфангоитическая формы наблюдались значительно реже.

Больные поступали к нам, как обычно, в разные дни заболевания. Многие на 1-й, 2-й, 3-й, 4-й дни, но немало было и таких, которые прибывали на 8-й, 13-й, 16-й и более поздние дни заболевания.

В отношении методов лечения, которым подвергались разбираемые нами больные, надлежит сказать, что какой бы метод ни назначался, но чем ранее он применялся больным, тем эффективность его была выше.

Еще задолго до выпуска в свет стрептоцида, а именно с 1934 г., у нас получил широкое распространение способ лечения рожи при помощи местного применения соды в виде пасты (Rp Na. bicarb, Aq. dest aa 50,0), которая обрывала рожистый процесс часто в первые же сутки. В тяжелых или затяжных случаях мы комбинировали этот метод с назначением сывороточного лечения (поливалентной анти-

стрептококковой сыворотки). В некоторых случаях комбинировали с назначением кварцевой лампы. Остальные способы лечения, в том числе и антивирусотерапия по Безредка, были оставлены, как значительно уступающие указанному.

В 1936 г. мы начали применять стрептоцид и, надо сказать, довольно скоро стали получать ободряющие данные. Наши длительные наблюдения показали, что стрептоцид действительно обрывает температуру в большинстве случаев на второй или третий день с момента начала приема его внутрь; причем это падение часто сопровождается обильным потоотделением, заметным уменьшением явлений интоксикации, улучшением общего состояния больного, но полностью он сразу не устраняет всех местных явлений. Последние только лишь уменьшаются в той или иной степени, а не исчезают и длительное время держатся, несмотря на установившуюся нормальную температуру. Краснота и отечность под влиянием больших доз стрептоцида (1,5—1,8 pro die) нередко исчезают лишь на 5—6 день заболевания, а в некоторых случаях и позже. Кроме того, стрептоцид не предупреждает образования пузырей. Не раз приходилось отмечать, что эритематозная форма и при приеме стрептоцида с первого дня заболевания на 2—3 день переходила в буллезную. Правда переход этот совершался в большинстве случаев без повышения температуры или с незначительным повышением ее—до 37,3—37,5°. Помимо этого мы неоднократно отмечали, что стрептоцид не останавливал ползучего или мигрирующего движения эритематозной или буллезной форм рожи, хотя снижение температуры и имело место.

Эти данные побудили нас соединить лечение стрептоцидом с методом применения жидкой содовой пасты. Эффект получился значительно выше, нежели от применения каждого препарата в отдельности. Сода дополняла общее действие стрептоцида, устраняя местные явления рожистого воспаления значительно скорее и, в большинстве случаев, предупреждая дальнейшее распространение их, не говоря уже о суб'ективном облегчении с первых же минут применения ее. Очевидно, жидкая содовая паста способствует уменьшению явлений местного тканевого ацидоза, т. е. является дополнительным ценным средством к общепринятому специфическому препарату—стрептоциду.

Способ употребления очень прост. Металлическим или стеклянным шпаделем кашицеобразная сода, приготовленная ex tempore, намазывается на рожистый участок в направлении от периферии к центру довольно толстым слоем. Как только сода высохнет, ее нужно тотчас же снять и наложить новую или же просто обрызгать водой; в противном случае, во-первых, появляется чувство жжения, а, во-вторых, сода начинает обсыпаться.

Содовая паста применяется нами во всех случаях эритематозной формы, лимфангоистической и в начале (первые 2—3 дня) флегмонозной формы.

При лечении флегмонозной формы, с самого начала содовой пастой с одновременным приемом внутрь стрептоцида, большею частью приходится отмечать более ограниченное поражение тканей и более раннее созревание, т. е. более раннее вмешательство хирурга.

При буллезной форме содовая кашка накладывается только на эритематозную часть, пузыри же с ближайшим вокруг них участком обходятся. Они обычно смазываются теплым стерильным вазелиновым или камфорным маслом, несколько уменьшающим чувство болезненного напряжения в области пузырей.

Некротическая форма лучше всего поддается лечению стрептоцидом, который назначается не только per os, но и наружно в виде смазываний некротических участков два-три раза в день спиртовым раствором красного стрептоцида по следующей прописи: Rp. Streptocidi 1,0, spir. vini 30%, ad 100,0 MDS. Наружное.

Для смазывания пораженных участков кожи при этой форме мы употребляем еще с таким же успехом и спиртовой раствор малахитовой зелени по следующей прописи: Rp. Malachit-grün 1,0, spirit. vini 30%, ad 100,0. MDS. Наружное.

Само собой разумеется, что в некоторых случаях тяжелого течения рожи и указанный комбинированный метод лечения не является быстро действующим. Но во всяком случае стрептоцидо-содовая терапия, являясь специфическим методом лечения, занимает первое место по быстроте и длительности эффекта. Она позволила значительно снизить процент смертности от рожи, доводя его до 2,7 вместо прежних 6—15. Кроме того, она заметно сократила постельное пребывание больных.

Подавляющее число больных переносит стрептоцид без каких-либо неприятных побочных действий. Лишь у небольшого процента, и больше в детском возрасте, приходится отмечать гастрические явления в виде тошноты и рвоты, которые исчезают с прекращением приема стрептоцида.

На лечении одним стрептоцидом, который назначался нашим больным внутрь по 0,9—1,5 pro die нами проведено за указанный период всего 202 больных, на лечении одной содовой пастой—237 больных, содовой пастой в комбинации с сывороткой—112, содовой пастой в комбинации с кварцевой лампой—42, стрептоцидом в комбинации с содовой пастой—332, стрептоцидом в комбинации с содовой пастой и сывороткой 34, стрептоцидом в комбинации с содовой пастой и кварцевой лампой—32, одной кварцевой лампой—13, стрептоцидом в комбинации с малахитовой зеленью—7, на лечении стрептоцидом в комбинации с наружным применением его—9 больных.

Из всех этих многочисленных групп наилучший эффект показала группа больных, которая проводилась на лечении стрептоцидом с содовой пастой.

Выводы

1. Лучшим методом лечения рожи (эритематозной, лимфангоитической, буллезной и в начале флегмонозной) является специфически действующий препарат—стрептоцид, назначаемый внутрь в комбинации с местным применением содовой пасты.

2. Некротическая форма рожи заметно быстрее угасает под влиянием комбинированного лечения стрептоцидом, назначаемого как внутрь, так и наружно в виде смазываний. Наружное применение стрептоцида можно заменять спиртовым раствором малахитовой зелени.

3. Комбинированная стрептоцидо-содовая терапия настолько проста, что может быть применена в любой обстановке и в любом месте. Отсюда ее особая ценность в условиях военно-походной жизни, в экспедициях и на обширных строительствах.

4. Рано назначаемая стрептоцидо-содовая терапия сокращает число койко-дней.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

ЗНАЧЕНИЕ РОЭ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Б. Э. Певцов

Из госпитальной хирургической клиники Белорусского мединститута
(директор—проф. Ю. М. Иргер)

Для распознавания заболеваний и определения их прогноза существует много лабораторных методов исследований. Стремление авторов найти более чувствительные и верные показатели, отражающие изменения в состоянии организма человека, выдвигает все новые и новые методы исследования больного. С этой точки зрения реакция оседания эритроцитов (РОЭ), как способ исследования больного, имеет значительную ценность в распознавании заболевания, характеризуя остроту и тяжесть случая. Поэтому среди существующих методов исследования больного, РОЭ занимает не последнее место.

Первое сообщение о РОЭ было сделано Фереусом 1 декабря 1917 г. в Обществе хирургов и гинекологов в Стокгольме. Реакцию Фереуса начали систематически применять в клинической практике с 1920 года. Линценмеер, Панченков и другие предложили свою методику определения реакции оседания эритроцитов. За указанными авторами и до настоящего времени сохранился приоритет в способах определения РОЭ.

Сама техника реакции оседания эритроцитов очень проста, но успех ее будет зависеть от соблюдения целого ряда деталей, о чем будет изложено ниже. Капли крови, набранные в м/м капилляр, не свертываются потому, что соли кальция осаждаются пятипроцентным раствором лимонно-кислого натрия. Эритроциты, отделяясь от плазмы, оседают. По столбу освободившейся от эритроцитов плазмы в капилляре за определенное время (по Панченкову), мы судим о реакции оседания эритроцитов.

Почему при целом ряде заболеваний, особенно при воспалительных процессах и злокачественных новообразованиях в организме человека, наблюдается более быстрое оседание эритроцитов, а у здоровых более замедлительное?

Вопрос этот еще не вполне разрешен и по этому поводу существует много теорий. Позволим себе кратко на них остановиться. Так, Фереус и Линценмеер вначале об'ясняли причину ускорения оседания эритроцитов повышенным содержанием фабриногена и глобулина в крови. Позже те же авторы изменили свое мнение, выдвинув новую теорию для об'яснения сущности РОЭ. Они полагают, что эритроциты в токе крови заряжены отрицательным электричеством;

в крови при некоторых процессах в организме появляются положительно заряженные вещества, продукты белкового распада, которые адсорбируют заряженные отрицательным электричеством эритроциты и последние оседают.

Лей и Фриш приписывают главную роль в РОЭ фибриногену. Ненни считает, что на РОЭ влияют как физиологические, так и патологические факторы. Лер приписывает ускорение РОЭ распаду тканевых белков, которые поступают в кровь. Бюргер связывает ускорение оседания эритроцитов с уменьшением числа эритроцитов и увеличением об'ема их.

Какая из приведенных теорий является более правильной, в настоящее время сказать трудно. Все же наибольшего внимания, повидимому, заслуживает коллоидно-химическая теория, согласно которой при расщеплении белков происходит сдвиг в сторону глобулиновой фракции.

Таким образом, нужно считать, что в организме при всяком заболевании происходит нарушение белкового равновесия. Причем сложные биологические процессы, происходящие при этом, ведут к такому изменению физико-химических свойств крови, которыми и об'ясняется различная степень скорости реакции оседания эритроцитов.

Мандельштам приходит к выводу, что РОЭ является более чувствительным показателем наличия инфекции в организме, чем температурная реакция и лейкоцитоз. Леф, Фогель, Шумахер также считают, что РОЭ раньше дает знать о патологическом процессе в организме, нежели лихорадка, дает более верное представление о воспалительном процессе, чем лейкоцитоз. Такого же мнения и многие другие авторы. Ландау утверждает, что РОЭ является одним из показателей реактивной способности организма, отражая интенсивность физико-биохимических способов.

Если сущность РОЭ до настоящего времени еще недостаточно выяснена, то нельзя этого сказать в отношении практического применения этой реакции в клинике. РОЭ заняла прочное место во всех областях медицины. Она не является специфичной для одного какого-нибудь заболевания, но наряду с другими клиническими данными РОЭ может послужить ценным диагностическо-прогностическим симптомом.

Учитывая лябильность РОЭ, следует избегать ряда технических ошибок, могущих повлиять на ее результат. При взятии крови из пальца нужно избегать застоя крови как в данном пальце, так и во всей конечности. Ибо застой крови в конечности ведет к увеличению углекислоты в крови, а последнее сказывается на замедление оседания эритроцитов (Птохов). Также имеет значение для правильной постановки РОЭ быстрое набирание крови в капилляр и строго вертикальное положение последнего в штативе (Мандельштам).

Взятие крови у больного для РОЭ должно производиться обычно утром натощак. Реакцию оседания эритроцитов следует производить всегда при постоянной комнатной температуре и со свежим раствором лимонно-кислого натрия.

Соблюдение указанных предосторожностей решает успех РОЭ.

Мы поставили себе целью на основании разработанных 1051 историй болезни разных больных, прошедших через госпитальную хирургическую клинику за последние 2 года, составить определенное мнение о значении РОЭ. Для сравнительной оценки РОЭ мы со-

поставляем ее с другими показателями реактивности организма, как температура и. количество лейкоцитов. Все три показатели брались в том виде, в каком они получались в результате обследования больного при поступлении его в клинику.

Исследование крови, т. е. общий анализ и РОЭ, у больного обычно производилось у нас в клинике по утрам, натощак. РОЭ определялась по методу Панченкова. Температура больного определялась утренняя, которая почти совпадала с временем взятия крови для общего анализа и для РОЭ. Следовательно, все три интересующие нас показатели, одновременно отражали состояние организма в определенный отрезок времени.

Наш материал мы разделили на нижеследующие группы заболеваний:

1. Неосложненные грыжи	112	случаев
2. Остро-воспалительные процессы	169	"
3 Хронические " "	54	"
4. Острые аппендициты	51	"
5. Хронические аппендициты	265	"
6. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	174	"
7. Заболевания мочевой системы	77	"
8. Ушибы и переломы	36	"
9. Доброкачественные опухоли	19	"
10 Злокачественные опухоли	94	"
Всего.	1.051	случай.

Перейдем к рассмотрению каждой группы заболеваний в отдельности:

1. Неосложненные грыжи—112 случаев.

По данным многих авторов неосложненные грыжи почти не оказывают никакого влияния на свойство крови, оставляя в пределах нормы интересующие нас показатели: температуру, лейкоцитоз и РОЭ.

Мы брали эту группу с той целью, чтобы лишний раз вывести относительную норму оседания эритроцитов. Мы подчеркиваем относительную норму потому, что стандартные цифры для нормального оседания эритроцитов вывести, вообще, трудно, так как целый ряд физиологических и неуловимых патологических состояний организма могут иметь влияние на РОЭ.

Панченков и другие считают РОЭ до 15 м/м в час нормой. От 15 до 20 м/м—небольшое оседание, от 20 до 35 м/м—среднее оседание, от 35 до 60 м/м—выше среднего и от 60 до 80 м/м в час—чрезмерное оседание.

На нашем грыжевом материале в 112 случаев мы получили следующую картину: РОЭ

до 10 м/м в час	67	случаев
от 10—15 м/м "	26	"
" 15—20 " "	12	"
" 20—35 " "	7	"

Лейкоцитоз до 8000—53 случая
от 8—10000—47 "
" 10—12000—12 "
" 12—15000—0 "

Температура оставалась во всех случаях в пределах нормы.

Полученные цифры, близко стоящие к норме, послужили критерием для других групп заболеваний. Что касается встретившихся отдельных случаев в этой группе с более ускоренной РОЭ и некоторым повышением лейкоцитоза, то, как явствует из истории болезни, эти больные страдали еще и другими отклонениями от нормы со стороны легких и сердца (эмфизема, бронхит, миокардит, артериосклероз и т. п.).

2. Остро воспалительные процессы—116 случаев

В эту группу вошли наиболее часто встречающиеся заболевания, как-то: острые остеомиэлиты, флегмоны, абсцессы, фурункулы, панариции, маститы, паранефриты, гнойные плевриты и т. д.—всего 169 больных.

Все указанные заболевания давали ускоренную РОЭ от 15 до 80 м/м в час при, сравнительно, небольшом лейкоцитозе.

РОЭ до 15	м|м в час	0	случаев
от 15—20 м|м	„	13	„
„ 20—35 „	„	25	„
„ 35—60 „	„	79	„
„ 60—80 „	„	52	„
Лейкоцитоз до	8000	5	„
от	8—10000	42	„
„	10—12000	49	„
„	12—14000	54	„
„	14—16000	19	„

Температура в большинстве случаев имела интермитирующий характер.

На примере разбираемой группы заболеваний мы лишний раз могли убедиться в том, что РОЭ дает довольно верное представление об интенсивности воспалительного процесса в организме, не отставая от лейкоцитоза и температуры. В то время, как РОЭ быстро ускоряется при активизации процесса и постепенно замедляется с утиханием последнего, лейкоцитоз и температурная кривая могут не итти параллельно кривой реакции оседания эритроцитов. Следовательно, РОЭ в подобных случаях может послужить ценным прогностическим симптомом.

3. Хронические воспалительные процессы и трофические заболевания—54 случая

В эту группу вошли нижеследующие заболевания: а) хронические остэомиэлиты; б) язвы голени, в) самопроизвольная гангрена, г) туберкулезные процессы костей и суставов. Для первых трех заболеваний мы, на нашем материале, получили среднее—для

РОЭ	26 м|м в час.
Лейкоцитоза	9483
Температуры	нормальную

Больные, страдающие хроническим остеомиэлитом, поступали в хирургическую клинику или в стадии обострения процесса, или же

для операции секвестротомии. В случаях, подлежащих оперативному вмешательству, температура и лейкоцитоз у этих больных остановились в пределах нормы, лишь только РОЭ была несколько ускорена. Это обстоятельство предупреждало о том, что где-то имеется дремлющая инфекция, поддерживающая процесс в кости.

Таким образом, ускоренная РОЭ служит диагностическим симптомом в случаях обострившегося остэомиэлита и хронического остэомиэлита с наличием секвестральных полостей.

Что касается язв голени и самопроизвольной гангрены, то при последнем заболевании РОЭ всегда достигала до 20 м/м в час и выше, а при язвах голени РОЭ повышалась только при их обострении.

Туберкулезные процессы суставов и костей. В клинику указанные больные поступали в связи с обострением процесса. РОЭ тут выступает на первое место—она резко ускоренная, достигает 60—70 м/м в час, при незначительном лейкоцитозе и суб· фебрильной температуре.

В то время, как некоторые случаи туберкулезного заболевания суставов клинически могут казаться подходящими для оперативного вмешательства (например, артропластики), обнаружение высокой цифры РОЭ у таких больных заставляет нас отыскивать причину этой реакции и, таким образом, предупреждает иногда от несвоевременного хирургического вмешательства.

Иллюстрируем это примером.

Больной Б., 37 лет (история болезни № 448), поступил в клинику с анкилозом и контрактурой левого коленного сустава, туберкулезного характера. В связи с тем, что он плохо пользуется конечностью и часто страдает обострениями в левом коленном суставе, больной настаивал на операции. Клинически больной вполне подходил для операции. Но когда на следующий день, после поступления в клинику у больного обнаружили РОЭ 35 м/м в час (L—6000; температура—36,8), сразу же возникло подозрение на наличие подострого очага в организме. Рентгеновское исследование наше подозрение подтвердило. В легких обнаружен свежий очаг, а в левом коленном суставе обнаружены смазанность суставных концов костей и остеопороз эпифизов.

Операция, конечно, была отложена, и больному предложено явиться через некоторое время вторично.

4. Острые и подострые аппендициты—51 случай.

Эта группа заболеваний представляет большой интерес в смысле диференциальной диагностики и прогноза. Часто при этом заболевании суб'ективные и об'ективные признаки расходятся между собою. Вот почему выявление при острых аппендицитах каких-нибудь чувствительных реакций имеет большое диагностическое значение. На нашем материале мы могли констатировать, что РОЭ при этом заболевании бывает ускоренное от 20 до 60 м/м в час.

Встречаются, однако, и такие случаи острого аппендицита, при которых РОЭ продолжает оставаться в пределах нормы. Диагноз в подобных случаях ставится на основании клинических данных.

Причину отставания РОЭ в некоторых случаях острого аппендицита, иногда гангренозных, нужно искать в барьерной функции печени.

5. Хронические аппендициты—265 случаев

Наш материал в 265 случаев по макро-и микроскопическому исследованию удаленного отростка подверждает поставленный перед операцией диагноз хронического аппендицита. Интересующие нас по-

казатели при хроническом аппендиците в основном подтверждают состояние затихшего процесса в отростке. Так,

РОЭ до 10 м/м в час	164	случая
от 10—15 м/м „	58	„
„ 15—20 „ „	24	„
„ 20—35 „ „	19	„
Лейкоцитоз до 8000	164	„
„ 8—10000	77	„
„ 10—12000	18	„
„ 12—14000	6	„

Температура оставалась в пределах нормы.

Когда в отдельных случаях РОЭ доходила до 30 м/м в час, то во время операции мы в аппендиксе обнаруживали более свежие спайки и другие изменения, т. е. случаи эти были скорее подострые, нежели хронические, но клинически они себя мало чем проявляли.

Обнаружение ускоренной РОЭ в случаях хронически протекающего аппендицита говорит за обострение процесса в аппендиксе...

6. Язвы желудка и 12-ти-перстной кишки—174 случая

В этой большой группе—174 случая заболеваний—наш материал представляется в следующем виде:

РОЭ до 10 м/м в час	47	случаев
от 10—15 м/м „	32	„
„ 15—20 „ „	35	„
„ 20—35 „ „	32	„
„ 35—60 „ „	28	„
Лейкоцитоз до 8000	80	„
от 8— 10000	53	„
„ 10—12000	31	„
„ 12—14000	10	„

Температура—в пределах нормы.

Из приведенных данных видно, что РОЭ в разбираемой нами группе заболеваний занимает нестойкое положение. Разница в отдельных случаях иногда достигает больших дистанций; РОЭ при этом наблюдалась от 6 до 40—50 м/м в час.

Рассматривая послеоперационный материал по историям болезни мы могли отметить, что в случаях обнаружения каллезно-воспаленных язв РОЭ давала более ускоренную реакцию, нежели при, так называемых, простых язвах желудка.

7. Заболевания мочевой системы—77 случаев

В эту группу вошли следующие заболевания: камни почек, лоханок, пузыря и мочеточников, гидронефроз, гипертрофия предстательной железы и т. д.—всего 77 случаев.

Большая часть заболеваний этой группы протекала приступами, сопровождавшимися иногда повышенной температурой и некоторым лейкоцитозом. РОЭ имела при этом значительные колебания, начиная от 5 до 60 м/м в час.

В тех случаях, когда, например, камни почек, мочевого пузыря протекали без осложнения, т. е. без воспалительного процесса РОЭ не превышала 9—10 м/м в час.

8. Ушибы и переломы—36 случаев

В отдельных случаях этой группы при осложненных переломах костей с внутренними кровоизлияниями, РОЭ иногда доходила до 60 м/м в час, при почти нормальной температуре и лейкоцитозе до 10600—11000.

Мы склонны об'яснить высокую РОЭ в данном случае большой травмой, вызвавшей изменения в тканях с последующим всасыванием в кровь продуктов белкового распада. В некоторых случаях высокая РОЭ при переломах костей может навести на мысль о развивающемся остеомиэлите, как осложнении перелома.

9. Доброкачественные опухоли—19 случаев.

(Липомы, атеромы, ангиомы, кисты и др.)

Эта группа заболеваний представлена нами в незначительном количестве, так как большая часть таких больных оперировалась амбулаторно, без предварительного лабораторного обследования больного.

В отдельных случаях РОЭ повышалась до 20 м/м в час. В основном доброкачественные опухоли в отличие от злокачественных ускорения РОЭ почти не дают.

10. Злокачественные опухоли—94 случая

В этой группе заболеваний основное большинство составляет рак желудка, меньшую часть—раки других органов: пищевода, печени, мочевого пузыря, прямой кишки, грудной железы, нижней губы. Имеется несколько случаев сарком.

В данной группе заболеваний мы получили следующие данные:

РОЭ	до 10 м/м в час	6 случаев
	от 10—15 м/м	9 „
	„ 15—20 „ „	15 „
	„ 20—30 „ „	25 „
	от 35—60 м/м в час	33 случая
	„ 60—80 „ „	2 „
Лейкоцитоз	до 8000	24 случая
	от 8—10000	42 „
	„ 10—12000	20 „
	„ 12—14000	7 „
	„ 14—16000	1 „

Почти во всех случаях рака желудка РОЭ достигает более высоких цифр, доходя до 30—50 м/м в час.

Раки грудной железы, нижней губы, пищевода на нашем материале дали значительно меньшие показатели РОЭ.

Мнение большинства авторов о том, что РОЭ при злокачественных опухолях является значительно ускоренной, остается бесспорным. Ускоренная РОЭ, при исключении воспалительного процесса в организме, должна внушить подозрение в смысле наличия скрытого,

еще клинически необнаруживаемого злокачественного новообразования.

В далеко зашедших случаях, когда злокачественные опухоли обнаруживаются клиническими данными, высокая РОЭ может служить показателем резервных сил организма. Низкая РОЭ—показатель анергического состояния организма, т. е. случаев неоперабильных и безнадежных.

Пример: Больной П., 48 лет (история болезни № 462) поступил в клинику с жалобами на постоянные тупые боли в подложечной области, рвоты после каждой еды, резкое похудание и общую слабость. В подложечной области прощупывается плотный, бугристый тумор. Температура—36,8, —4.400, РОЭ—3 м/м в час.

Рентген подтвердил наш клинический диагноз—рак желудка и метастаз в легких. Больному в операции было отказано.

Выводы

1. РОЭ является одним из показателей реактивной способности организма, отражая интенсивность биохимических процессов, происходящих в организме человека.

2. РОЭ заняла прочное место во всех областях медицины, как ценный диагностический и прогностический симптом при многих заболеваниях.

3. РОЭ, в совокупности с температурой и исследованием крови, является ценным клиническим методом исследования.

4. РОЭ при хирургических заболеваниях имеет определенную ценность в распознавании заболеваний, характеризуя остроту и тяжесть случая.

5. РОЭ, не являясь специфичной для одного какого-нибудь заболевания, при остро-воспалительных процессах и злокачественных новообразованиях особенно ценна. В совокупности с другими клиническими данными она может послужить диагностически-диференциальным симптомом.

6. При злокачественных новообразованиях РОЭ чаще всего ускорена.

7. Сущность РОЭ недостаточно еще изучена. Она требует к себе особого внимания и дальнейшего изучения.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

А. К. Шапиро и Э. Ю. Тайц

Из 3-ей хирургической клиники Белорусского мединститута и ортопедической клиники ГИФОН'а.

В последние годы врачебная мысль много внимания уделяет вопросам травматологии. Изучением травм, лечением и разработкой различных методов лечения занимаются научно-исследовательские институты и практические врачи.

Одну из серьезных глав травматологии составляют переломы. Большинство всех переломов приходится, разумеется, на конечности. Результатом неправильного лечения этих переломов является удлинение периода нетрудоспособности, а зачастую и ранняя инвалидность.

История лечения переломов знает различные периоды полной иммобилизации, консервативного и оперативного лечения, причем, все применяемые методы не давали вполне хороших результатов. Только при комбинированном способе лечения, учитывая как анатомическую форму, так и функцию можно удовлетворить требования, пред'являемые к исходу заживления перелома, т. е. восстановление нормальной функции и нормальной формы.

Весьма важно начать функциональное лечение своевременно. Вегнер говорит, что правильное функциональное лечение не требует последующего долечивания. Того же мнения придерживаются Белер, Волкович и др. Каждый из этих авторов имеет свою особую методику и считает ее функциональной. Под функциональным лечением следует понимать возможность проводить чуть ли не с первых дней активные движения в суставах поврежденной конечности при условии абсолютной иммобилизации отломков.

Как видно из нашего материала, неправильное и недостаточное проведение функционального лечения дает большой процент «долечивания».

В настоящее время имеются сторонники оперативного и консервативного методов лечения переломов. Наш материал в 1456 переломов за 1933—1936 гг. составляет 19% к общему количеству больных за то же время. Постараемся на основании данных литературы и разработки нашего материала рассмотреть, насколько необходимым и целесообразным является применение того или иного способа.

Прошедшие за четыре года через 3 хирургическую и ортопеди-

ческую клиники 1456 переломов распределяются по локализации следующим образом:

ключица	66	бедро	152
плечо	204	голень	291
предплечье	501	стопа	50
кисть	114	прочие	78

К «прочим» относятся переломы надколенника, таза, ребер и позвоночника. В сводку не вошли переломы черепа. Большинство переломов (1230) прошло через поликлинику. Остальная часть (226)—лечилась стационарно.

В поликлинку поступали больные в различные сроки после момента травмы. Острых случаев, леченных с самого начала, у нас было 373, что составляет 30,3% к общему количеству поликлинических больных с переломами. 219 (17,8%) падает на случаи застарелые, т. е. такие, где общеизвестные максимальные сроки прошли, а между тем остались функциональные или анатомические недостатки. 638 (51,9%)—направлены к нам различными учреждениями города в сроки, еще не вышедшие из пределов, нормальных для «долечивания».

Эти цифры показывают, что лечение переломов еще далеко не всеми врачами, даже и хирургами, проводится достаточно умело и что больше половины больных потребовало применения ряда манипуляций для получения удовлетворительного функционального результата.

Среди больных, отнесенных нами в группы застарелых и «долечивания», было 36 оперативно леченных, что составляет 2,9% к общему числу. Остальные 1194, или 97,1%, с самого начала лечились консервативно. Бросается в глаза большое количество консервативно леченных и относительно малое количество леченных оперативно. Это положение доказывает, что большинство хирургов (и совершенно правильно) считает методом выбора консервативное лечение переломов.

Частота применения того или иного способа не может полностью служить критерием оценки его. Более доказательным является анализ продолжительности лечения, т. е. сроков. В большинстве случаев с «нормальными, обычно принятыми сроками» окончание лечения совпадало с восстановлением трудоспособности и, следовательно, удовлетворяло анатомо-функциональным требованиям. В ряде случаев с «продолжительными сроками» можно было отметить недостаточный анатомо-функциональный исход, не говоря уже о более длительной утрате трудоспособности. Следует подчеркнуть, что оперативно леченные переломы дали значительно больший процент псевдоартрозов (19,4%), в то время как консервативно леченные дали 1,5%.

В отношении сроков лечения мы имеем диаметрально-противоположные цифры, а именно: при консервативном методе в «нормальные сроки» проведены 59,4% (711 случаев) и в «продолжительные сроки»—40,6 (483 случая). При кровавом лечении соответственно имеем: 5 случаев и 31 случай.

Являясь сторонником консервативного лечения переломов, наша клиника не отрицает, что в ряде случаев консервативным способом нельзя добиться функционально хороших результатов. Однако, по-

казания к оперативным вмешательствам должны быть очень строгими. Шаблон в таких случаях недопустим.

При операциях в некоторых случаях достаточно бывает ограничиться только репозицией, оставляя остальные, последующие этапы для того или другого вида консервативных методов.

В настоящее время нет больше споров о том, законен и целесообразен ли оперативный метод лечения. Речь идет лишь о показаниях к нему (Парин). Большинство авторов (Голяницкий, Чаклин, Гирголав, Озеров, Вреден, Турнер, Гориневская) осторожно подходят к кровавому лечению переломов. Волкович применял остеосинтез в исключительных случаях. Парин считает, что остеосинтез для восстановления функции конечности следует делать тогда, когда другие способы оказываются несостоятельными. Гориневская считает, что оперативный метод не является ведущим.

Знакомство с иностранной литературой последних лет создает впечатление более отрицательного отношения к остеосинтезу у таких авторов, как Белер, Гетце и др. Белер даже говорит, что «тысячи человеческих жизней пали жертвой этого метода, а еще большее количество людей превратилось в калек. Нередко в результате такого лечения развиваются тяжелые, гнойные процессы костей и ложные суставы, а иногда и паралич от повреждения нервов».

На XVII с'езде российских хирургов большинство хирургов высказалось в пользу консервативного лечения. Петрашевская, оперируя материалом в 93 случая остеосинтеза, приходит к выводу, что кровавое лечение не может быть применимо всегда и что только случаи заведомо трудные для консервативного лечения подлежат операции. Гирголав и Жолондзь приводят 103 оперативных вмешательства, причем они также значительно суживают показания к ним.

Показания для кровавого вмешательства, приводимые авторами, следующие: внутри-и околосуставные переломы, большое расхождение отломков, интерпозиция мягких тканей, множественные переломы, переломы обеих костей предплечья и голени в различных плоскостях (на разном уровне); оскольчатые Дюпюитреновские и диафизарные переломы плеча и бедра у взрослых. У некоторых авторов (Корчиц) показания еще более расширяются.

Значительная часть вышеприведенных показаний недостаточно убедительна и на много может быть сужена.

В нашей клинике безусловно показанным для операции считаются случаи: переломы коленной чашки, отрыв локтевого отростка с большим расхождением отломков и переломы, где консервативно заведомо нельзя добиться хороших результатов.

Из 226 больных с переломами, леченными стационарно, у 45 (20%) больных лечение производилось кровавым способом. Остальные 181 (80%) больной лечились консервативно. Причем так же, как и в поликлинику, больные поступали к нам в стационары в разные сроки после травмы. Свежих случаев было 198 (87%), поздних (в периоде еще неполной консолидации)—13 (5,7%) и застарелых, т. е. с неудовлетворительным анатомо-функциональным результатом,—15 (6,6%). Последние две группы приходятся преимущественно на ортопедический стационар. Эти группы в отношении пребывания в стационаре потребовали большего количества койко-дней, чем острые случаи.

Таблица 1

СТАЦИОНАР

Локализация перелома, метод лечения и продолжительность госпитализации

Локализация перелома / Метод лечения	Оперативный						Консервативный							Средние койко-дни	
	Остеосинтез	Остеотомия	Кров. репоз.	Артротомия	Винт.	Количество случаев	Гипс	Скелет вытяж.	Пласт. вытяж.	Рефракт.	Репозиц. на столе	Прочие	Количество случаев	Оперативн.	Консервативн.
Бедро	7	5	1	—	1	14	40	16	9	4	3	—	72	53	27
Надколенник	6	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	23	—
Голень	—	1	2	—	—	3	53	—	2	—	—	5	60	21	13
Стопа	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	1	7	—	3
Ключица	9	—	2	—	—	11	—	—	—	—	—	3	3	11	12
Плечо	4	—	—	3	—	7	26	—	1	—	—	—	27	20	12
Предплечье	2	—	—	1	—	3	5	—	1	—	—	1	7	22	
Кисть	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	10	—
Прочие	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	—	
Всего	28	6	5	5	1	45	130	16	13	4	3	15	181	—	

Примечание: Среднее пребывание оперативного больного—31 день
» » консервативно-леченного—19 дней.

Остеосинтез произведен 28 раз (таблица 1).

В 19 случаях показанием служили значительное смещение отломков и невозможность вправить их, интерпозиция мягких тканей и нервов, свободно лежащие осколки и переломы надколенника.

В последние годы мы все больше и больше убеждались в целесообразности консервативного лечения. Ряд случаев, считавшихся раньше показанными для операции, лечились консервативно, чем и об'ясняется уменьшение количества оперативных вмешательств (в 1934 г.—42,3% операций, в последующие три года—6,7%). Часть операций приходится на случаи застарелые и поздние. По своему характеру они отличаются чисто ортопедическими показаниями. К их числу относятся шесть остеотомий. В пяти случаях была произведена кровавая репозиция, причем вправленные отломки удерживались без дополнительной фиксации (швом, шпаном) и фиксировались гипсовой повязкой.

Примером может служить следующий случай:

Больной М., 27 лет (история болезни № 448), поступил в клинику через три недели после травмы.

Об'ективные данные: укорочение правой голени на 4 см. В средней трети голени прощупывается под кожей костный выступ большого берца. Болезненность и подвижность при ощупывании.

Рентген: перелом обеих костей голени на разной высоте, с большим смещением отломков по оси.

Кровавая репозиция. Отломки полностью вправлены и сохраняют свое положение без скрепления. Гипсовая повязка.

При выписке: анатомически и функционально вполне удовлетворительный результат. Укорочения нет.

Контрольный снимок—отломки стоят правильно.

По поводу внутрисуставных переломов было произведено пять артротомий. Во всех этих случаях приходилось при вправлении отломков удалять осколки или сдалбливать выступы, могущие нарушить функциональный исход.

Следует еще упомянуть о методе закрытого лечения неправильно сросшихся переломов—рефрактурах, стоящих на грани оперативного вмешательства и являющихся иногда достаточными для исправления деформации. С помощью рефрактур нам удавалось обойтись иногда без открытого оперативного вмешательства. В стационаре этот способ был применен успешно четыре раза.

Приведем случай рефрактуры:

Больная М., 10 лет (история болезни № 154), поступила через семь недель после перелома бедра, леченного гипсовой повязкой.

Об'ективные данные: деформация в средней части правого бедра в виде «галлифе». Укорочение 7 см. Значительно хромает. Подвижности на протяжении бедра нет.

Рентген: перелом бедра в средней трети со значительным смещением отломков, скрещенных в виде буквы Х. Имеется образование костной мозоли.

Рефрактура: вытяжение на экстензионном столе, гипс.

При выписке—функционально хороший результат. Укорочение —1½ см. Рентген—отломки стоят удовлетворительно.

В трех случаях переломов нижней конечности, с большим смещением отломков и укорочением при непрочной консолидации, была сделана репозиция с помощью экстензионного стола, где большой тягой одно-или двухмоментно удалось вправить отломки и исправить значительное укорочение в 5—6 см. Остальные стационарные больные подверглись чисто консервативному лечению: вытяжение, на-

кладывание фиксирующих повязок после вправления и комбинированные методы.

Гипс наложен нами 130 стационарным больным и большинству поликлинических.

Литературные и статистические данные свидетельствуют о преимуществах гипса перед всеми другими методами фиксации переломов. Многие его применяют и получают результаты (Белер, Волкович, Фаерман, Турнер). Гипс при правильной технике применения может и должен дать хороший результат (Петрашевская, Белер), отнюдь не представляя из себя того «гроба», о котором постоянно говорят противники его. Петрашевская приводит данные о лечении гипсом, из которых видно, что с улучшением техники получены значительно лучшие результаты от его применения. Вреден говорит, что тот, кто не владеет техникой наложения гипсовой повязки, никогда не увидит хороших результатов от ее применения.

Гипсовая повязка у нас чаще всего кладется с тонкой ватной подкладкой, а иногда и без нее. Циркулярные повязки, как правило, продольно прорезаются на месте суставов или даже на всем протяжении. Это дает возможность, не боясь отека, накладывать повязку сразу же после травмы и одновременно следить за конечностью в смысле ее питания. В зависимости от характера и локализации перелома мы стараемся фиксировать возможно меньшее количество суставов.

В 29 случаях, где трудно было вправить отломки, мы прибегали к скелетному вытяжению. Новаченко имел на 257 случаев скелетного вытяжения два остеомиэлита. На нашем материале мы, за исключением кожных нагноений, более серьезных осложнений не видели. Вытяжение производилось в физиологическом положении конечности, в течение 2—3 недель. По истечении указанного срока снималось вытяжение и накладывался гипс. Как во время вытяжения, так и при гипсовой повязке проводилось функциональное лечение.

Таким комбинированным лечением во многих случаях удалось обойтись без оперативного вмешательства, при хорошем функциональном исходе.

Больной К., 35 лет (история болезни № 125), доставлен в клинику 30. I. 1934 через три дня после травмы.

Перелом правого бедра в средней трети со значительным смещением отломков и левого бедра в нижней трети с небольщим смещением. Открытый перелом обеих костей правой голени в средней трети, со смещением.

1. II вытяжение на правую ногу: гвоздь в большеберцовую кость и клемм— в пяточную. На левую ногу—липкопластырное вытяжение. Первичная обработка раны голени.

20. II снято вытяжение, гипс.

Отдаленные результаты: укорочение на 1—1½ см правой ноги, прекрасный функциональный результат.

Функция суставов удовлетворительная. Укорочения нет.

Как видно, результаты комбинированного лечения достаточно эффективны.

Гориневская приводит материал в 1500 переломов, леченных консервативно. Она приходит к выводу, что метод вытяжения является наилучшим.

Если разбить количество произведенных операций по годам и стационарам в отдельности, то прежде всего следует отметить, что из 49 ортопедических больных с наличием различных деформаций,

где консервативно труднее добиться эффекта, чем в случаях острых, оперативного вмешательства потребовали 15 больных (30,6%).

В 3-й хирургической клинике в большинстве оперированы острые случаи. При сравнении количества этих операций по годам, бросается в глаза несоответствие их: в 1934 г. (42,2%) и в последующие три года—10 (17,6%). Мы не можем допустить мысли, что больные (по тяжести) могли дать такое несоответствие. Очевидно, это об'ясняется тем, что в 1934 г. показания к оперативному лечению ставились более широко.

Гирголав и Жолондзь на большом материале в 1204 свежих перелома произвели 103 операции (8,5%).

Зная все недостатки и опасности кровавого вмешательства, владея в совершенстве гипсовой техникой в комбинации с другими средствами консервативного лечения, удалось уменьшить количество операций и получить одновременно хорошие результаты.

Сроки коечного лечения при оперативном лечении значительно удлиняются. Если консервативно леченный больной проводил в клинике в среднем 19 койко-дней, то оперативно леченный—31 день (таблица 1).

Нам осталось теперь рассмотреть разультаты консервативного лечения поликлинических больных, поступивших к нам в различные сроки после травмы. Острых случаев, т. е. леченных нами с самого начала, было 31,2% (373 больных) общего количества консервативно леченных. Из них закончили лечение и вернулись к работе в нормальные сроки 89% (332 больных), а в более продолжительные—11% (41 больной). Остальные 821 больной (68,8%) поступили к нам после проведенного уже в других учреждениях, но не законченного лечения. Из них 46,1% (379 больных) закончили лечение в «нормальные сроки», а 53,9% (442 больных)—в более продолжительные.

Как видно, больше половины из направленных к нам больных другими учреждениями города потребовали продолжительных сроков лечения. Неоднократно приходилось в таких случаях начинать лечение с самого начала, т. е. вправлять отломки после рефрактур или исправлять их неправильное положение. В большинстве случаев наши мероприятия сводились к «долечиванию», т. е. к методам физио-мототерапии. Часто приходили больные с полным срастанием отломков, но с неудовлетворительным анатомо-функциональным результатом, в виде сращения в неправильном положении, тугоподвижности суставов, отеков и т. д. Причиной обычно являлось недопустимо длительная фиксация суставов повязкой и пренебрежение к функциональным методам лечения.

Отсюда нетрудно сделать заключение, что лечение переломов костей с самого начала должно быть так поставлено, чтобы потом ни о каком долечивании не могло быть и речи. Это возможно только в условиях специального учреждения, обладающего соответствующей аппаратурой и квалифицированным персоналом.

Выводы

1. Консервативные способы преобладают в методике лечения переломов.

2. Комбинируя методы консервативного лечения, можно почти всегда обойтись без оперативного вмешательства, получив одновременно хороший исход.

3. Только там, где консервативно заведомо нельзя добиться хороших результатов, показано кровавое вмешательство.

4. Больные, леченные оперативно, требуют более длительного пребывания в стационаре. Сроки нетрудоспособности их удлиняются.

5. Неумелое лечение переломов, несвоевременно начатое и недостаточно проведенное функциональное лечение дает большой процент «долечивания». Сроки лечения значительно превосходят нормальные.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

ДИНАМИКА БЕЛОЙ КРОВИ И РОЭ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И МЫШЦ РЕВМАТИЧЕСКОГО И НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

В. Г. Чарно

Из научно-исследовательского института физиатрии и неврологии Наркомздрава БССР (директор—проф. Д. А. Марков)

В настоящей работе мы поставили перед собой задачу изучить более или менее детально динамику белой крови и РОЭ при заболеваниях суставов и мышц ревматического и неревматического происхождения, в целях облегчения их диагностики и прогностики. Колебания в количестве эритроцитов и гемоглобина мы не сочли нужным описывать, так как на нашем материале они оказались непостоянными, незначительными и не характерными.

Здесь мы будем приводить не абсолютные показатели компонентов белой крови, а относительные, т. е. не абсолютные количества лейкоцитов, а процентные соотношения в лейкоцитарной формуле. Это мы делаем из следующих соображений. Во-первых, пока еще нет твердо установленых физиологических норм как для общего количества лейкоцитов, так и для отдельных их элементов (Мгебров, Якубович, Шехтман, Глозман и др.). А во-вторых, как нам показало наблюдение, одни относительные данные достаточно характерны для наших целей.

Всего нами прослежено 906 больных, у которых произведено 1194 исследования крови: у 746 по одному разу, у 86—по два, у 32—по три, у 36—по четыре и у 6—по шесть раз. Таким образом, у 160 больных картина крови изучалась в динамике.

По отдельным формам наши случаи заболеваний распределяются следующим образом:

Таблица 1

Артриты без определенной этиологии			Инфекц. артриты на почве				Подагр. артрит	Эндокринный артрит	Полиатрит плечев. сустава	Интоксик. артриты		Артралгия	Люмбоишалгия	Миозиты
Первич. хрон. полиатрит	Вторичн. хрон. полиартрит	Деформирующий артрит	Гриппа	Брюшного тифа	Дизентерии	Гонорреи				Свинц.	Энтер.			
286	127	46	37	5	13	16	32	76	72	5	1	50	57	63

Артриты без определенной этиологии.

В группу артритов без определенной этиологии входят три формы заболеваний: первичные артриты, не связанные с истинным ревматизмом, вторичные—обострения в суставах после перенесенного истинного ревматизма и деформирующий артрит. Картина крови при этих двух формах будет описана параллельно. Это явилось возможным вследствие того, что они протекали с почти одинаковой картиной белой крови и РОЭ.

Динамика отдельных компонентов лейкоцитарной формулы имеет при первичных и вторичных полиартритах определенную закономерность. Процент нейтрофилов в острой стадии болезни увеличивается, в периоде затихания процесса уменьшается и при благоприятном переломе болезни снова увеличивается, несколько не достигая, однако, принятой нормы. Процент же лимфоцитов и моноцитов соответственно трем указанным стадиям болезни, наоборот, сначала уменьшается, потом увеличивается и, наконец, снова убывает, но остается несколько увеличенным.

Таблица 2 характеризует эту динамику колебания белой крови.

Таблица 2

Динамика нейтрофилов и лимфоцитов при полиартритах

Стадия болезни	Форма полиартрита	Количество случаев	Средний % нейтрофилов	Средний % лимфоцитов
Обострение . . .	Первичн.	66	73,3	19,9
"	Вторичн.	36	75,8	19,6
Улучшение . . .	Первичн.	127	46,9	40,1
"	Вторичн.	37	45,8	39,2
Выздоровление .	Первичн.	48	59,9	27,6
"	Вторичн.	22	58,7	28,4

Эозинопению в стадии обострения болезни и эозинофилию в процессе улучшения (Шкуров) мы наблюдали лишь в единичных случаях. Сдвиг влево со стороны нейтрофилов был выражен весьма незначительно.

Нужно отметить, что улучшение процесса не всегда характеризуется одним лимфоцитозом. Бывают случаи, когда лимфоцитозу сопутствует одновременно и моноцитоз, или когда один только моноцитоз определяет благоприятное течение болезни.

Контрольное обследование через 1—2 месяца после выздоровления больных, у которых период улучшения характеризовался одним только моноцитозом, показало, что их суб'ективные и об'ективные данные ничем не отличались от других больных (с реакцией крови со стороны лимфоцитов). В картине крови отмечался у них небольшой моноцитоз (5—6%).

Таким образом, моноцитоз в стадии улучшения процесса является таким же благоприятным показателем, как и лимфоцитоз.

Мы указывали, что в процессе перелома болезни при полиартритах наступает, как правило, вторично небольшое увеличение

процента нейтрофилов и уменьшение лимфоцитов. Наблюдение нам показало, что хотя при этом процент этих компонентов белой крови не достигает принятых норм, все же ждать до полной их реституции для признания трудоспособности не приходится. Одни эти вторичные сдвиги достаточно характеризуют благоприятный исход болезни. Но это, конечно, при условии, если увеличение количества нейтрофилов и уменьшение количества лимфоцитов незначительны. Наступление же вторичного нейтрофилеза и лимфопении сигнализирует о новом обострении заболевания. Такие явления мы встречали, главным образом, среди больных, не соблюдавших в остром периоде болезни постельного режима («профилактическое лечение» по Гаусману).

Следует еще отметить, что исследование картины крови может иметь значение и для контроля при назначениях физиотерапевтического лечения. Нередко трудно отличить естественную реакцию под влиянием лечебного воздействия от наступившего обострения болезни.

Наши многократные исследования крови у больных, пользовавшихся различными физиотерапевтическими методами, показали, что у них в лейкоцитарной формуле почти не наступает изменений. Иногда только немного увеличивается процент лимфоцитов и моноцитов. Несколько может ускоряться и РОЭ. Если же почему-либо наступает обострение болезни, оно характеризуется постоянно нейтрофилезом и лимфопенией. Не всегда РОЭ ускоряется значительно.

Таким образом, динамика лейкоцитарной формулы, особенно нейтрофилов и лимфоцитов, является весьма ценным симптомом для диагностики и прогностики полиартритов.

Переходим к описанию динамики общего количества лейкоцитов при полиартритах.

Пожарская и Капица указывают, что при истинном ревматизме количество лейкоцитов в 10—15 тысяч в первые дни болезни бывают в 58% случаев. С постепенным улучшением процесса количество лейкоцитов снижается. Полного соответствия между количеством лейкоцитов и характером клинического течения они не наблюдали. Однако, во многих случаях лейкоцитоз предшествовал повышению температуры тела.

В процессе обострения хронических полиартритов (Кончаловский—острая стадия) отмечаются эти же явления, только с меньшей закономерностью и в менее интенсивной форме. Количество в 10—12 тысяч лейкоцитов встречалось лишь в единичных случаях и не всегда сопровождалось повышением температуры тела как в первые, так и последующие дни болезни. Также не всегда большее количество лейкоцитов совпадало с более тяжелым течением болезни. Наоборот, бывали случаи, когда у лихорадящих больных не отмечалось заметного лейкоцитоза. Однако, в случаях, протекавших со значительным лейкоцитозом, почти всегда отмечалось постепенное уменьшение числа лейкоцитов в стадии выздоровления.

В среднем количество лейкоцитов во всех случаях первичного полиартрита в процессе обострения было равно 9017, а вторичного—9213.

Из изложенного видно, что этиопатогенез указанных полиартритов влияет менее на динамику общего количества лейкоцитов, чем на процентное распределение отдельных компонентов в лейкоцитар-

ной формуле *). Таким образом, определение общего количества лейкоцитов при полиартритах является непостоянным и менее показательным диагностическим методом, чем определение лейкоцитарной формулы.

Рассмотрим теперь динамику РОЭ при первичных и вторичных полиартритах. По литературным данным, показатели РОЭ при истинном ревматизме достигают 25—120 мм (Слуцкий, Меерович, Вальден, Джабах и др.). При полиартритах же мы на нашем материале получили значительно меньшие показатели.

Раньше всего нужно указать, что в 20—25% случаев обострения полиартритов мы заметного ускорения этой реакции не находили. Нередко также РОЭ ускорялась с опозданием на несколько дней по отношению к началу заболевания. В случаях обострения полиартритов, протекавших с ускоренной РОЭ, ее показатели в среднем достигали в первый час—28,9 мм и во второй—40,2 мм, причем с улучшением процесса болезни в этих случаях РОЭ постепенно замедлялась. Таким образом, РОЭ в известной степени характеризует ход заболевания. Однако, вследствие того, что ускорение РОЭ в стадии обострения полиартритов наступает не всегда, а иногда с опозданием на несколько дней, эта проба менее показательна, чем динамика лейкоцитарной формулы.

Для того, чтобы показать эффективность для диагностики и прогностики полиартритов исследования динамики белой крови и РОЭ, приводим следующие данные всех наших случаев в стадии обострения, затихания и перелома болезни.

	Лейк.	Эоз.	Пал.	Сегм.	Лимф.	Мон.	РОЭ
Стадия обострения .	9191	1,9	3	74,6	19,9	1,0	21,7—32,2
Стадия затихания . .	7402	3,1	2,1	48,7	33,5	1,4	20,2—31,0
Стадия перелома болезни	5004	4,2	2,8	60,7	26,8	3,2	6,2—14,0

Некоторые авторы (Кащенко, Егоров, Пожарская, Капица и др.) отмечают, что для большей показательности пробы РОЭ нужно производить ее по фракционному методу, т. е. регистрировать степень оседания эритроцитов (в мм) не по часам, а по 15-минутным интервалам. Этим путем получается «кривая реакция», которая лучше выявляет соотношения белковых фракций в плазме крови, чем при отсчете оседания по часам.

Пожарская и Капица в 100% случаев истинного ревматизма находили сдвиги «кривой реакции» влево, т. е. отмечали выбухания кривой в первых моментах в то время, как нормально выбухания бывают во второй половине пробы. При полиартритах же мы этой закономерности не отмечали. Всего нами сделано 20 наблюдений. Из них только в одном мы констатировали выбухания во 2-м и 4-м моменте: 3. 6. 4. 6. 7. 4. 6. 5. Нужно указать, что этот случай по клиническому

*) Повидимому, различные агенты способны вызывать то увеличение общего количества лейкоцитов, то колебания в процентном отношении различных форм белой крови. Известно, что гематолизаты вызывают относительную нейтрофилию, но не влияют на увеличение общего количества лейкоцитов.

течению не был самым тяжелым. У двух же больных с наиболее интенсивным течением болезни мы получили следующие данные:

2.3.3.4.5.3.5.2
1.1.3.3.2.9.3.3

Таким образом, на нашем, правда, небольшом материале, мы не могли отметить преимущества этой модификации пробы РОЭ.

Заинтересовались мы еще вопросом, в какой мере может быть использована при полиартритах динамика показателей РОЭ во втором часу пробы для диагностических и прогностических целей. Нами отмечено, что в некоторых случаях полиартритов со сравнительно небольшими показателями РОЭ в первом часу (примерно до 15 мм) и значительными, упорно не снижающимися во втором часу (40—55 мм) заболевание протекало весьма латентно и вяло и слабо поддавалось нашим обычным методам лечения. Мы предположили, что запоздалая реакция оседания эритроцитов является одним из показателей слабой реактивности организма в целом. Применение в таких случаях *) гормоно-и протеинотерапии **) и использование курортов для поднятия общего тонуса давало весьма хорошие результаты.

Ввиду того, что этиология деформирующего артрита остается невыясненной до последнего времени, описание этой формы заболевания может быть включено в главу о полиартритах с неопределенной этиологией. В этиопатогенезе различных форм деформирующего артрита может в основном преобладать один из трех факторов: инфекция, нервно-эндокринная дисфункция и артропатия (возможно, ослабленный «барьер», по Мангейму).

Случаи деформирующего артрита с преобладанием в этиопатогенезе инфекции приближались по своему течению к полиартритам с неопределенной этиологией. При таких формах заболевания мы отмечали и соответствующую динамику картины белой крови, с той только разницей, что в стадии обострения отмечались несколько менее выраженные нейтрофилез и лимфопения и более значительные нейтропения и лимфоцитоз в процессе выздоровления. Довольно большие показатели РОЭ были констатированы не только в периоде обострения, но и улучшения процесса.

При других формах деформирующего артрита мы довольно часто констатировали в лейкоцитарной формуле только небольшой моноцитоз. Общее количество лейкоцитов было увеличенным и РОЭ—ускоренной. Случаи деформирующего артрита протекали со все нарастающими явлениями со стороны суставов. При этом нужно отметить, что каждому ухудшению состояния соответствовало наростание скорости РОЭ.

Периартрит плечевого сустава является в основном заболеванием травматического происхождения (микротравмы). Однако, в части случаев плечевой сустав представляет единственную локализацию или одну из многих локализаций полиартрита. Из этих соображений мы включили описание периартритов плечевого сустава в главу о полиартритах.

*) За недостатком места мы соответствующих историй болезни не приводим.

**) Возможно, что парентерально введенный белок не только поднял общий тонус и реакцию всего организма, но, увеличив проницаемость клеток (Разумовский) или повысив при сенсибилизации способность рецепторных аппаратов клеток к восприятию различных субстанций, содействовал лучшему всасыванию и усвоению салицилатов.

Нами сделано наблюдение, что при периартритах травматического происхождения не наблюдается почти никаких сдвигов в картине крови кроме некоторого лимфоцитоза в отдельных случаях. При периартритах же, протекающих по типу полиартритов, отмечается и соответствующая им динамика со стороны крови. Эта дифференциальная диагностика имеет значение в том смысле, что от этого зависит правильный подбор методов лечения для этих двух различных по этиопатогенезу и клиническому течению заболеваний.

Полиатриты с определенной этиологией

Из полиартритов с определенной этиологией нам встречались заболевания на почве гриппа, гонорреи, дизентерии и брюшного тифа

Полиартриты гриппозного происхождения имели почти такую же клиническую картину болезни и динамику крови, как и полиартриты без определенной этиологии. Они протекали в подострой стационарной или амбулаторной форме. При первой появлялись лейкоцитоз до 12.000 и уже описанные в прежней главе изменения со стороны нейтрофилов и лимфоцитов. РОЭ была всегда ускоренной. При амбулаторной форме все эти явления были значительно менее выражены.

Нужно отметить, что почти во всех случаях гриппозного полиартрита был обнаружен тонзиллит, который нами и предполагался, как основная причина осложнения со стороны суставов. При упорных хронических тонзиллитах заболевание полиартритом иногда затягивалось довольно долго. Наблюдались также случаи, когда даже после улучшения общего состояния и явлений со стороны суставов мы еще долго находили изменения крови, свидетельствующие о еще не наступившем полном равновесии (лейкоцитоз, значительный лимфоцитоз и ускоренная РОЭ).

При артритах на почве гонорреи одни авторы (Розенблят) находили лейкопению, другие (Пожарская и Капица)—лейкоцитоз. Нужно указать, что мы на нашем материале никогда почти не отмечали лейкопении. В 4 случаях (хронических) из 16 мы находили нормальное количество лейкоцитов, во всех же остальных—увеличение от 8 до 10 тысяч, причем величина лейкоцитоза соответствовала остроте заболевания. В отличие от полиартритов с неопределенной этиологией мы в острых случаях гонококкового артрита констатировали почти нормальное количество нейтрофилов и лимфоцитоз вместо лимфопении. Только при дальнейшем благоприятном течении болезни появлялась нейтропения (от 38 до 53%) и еще больший лимфоцитоз (от 42 до 55%). Сдвиг влево при гонококковых артритах был больше выражен, чем при полиартритах с неопределенной этиологией. В острых случаях мы находили от 5 до 10% молодых форм и палочко-ядерных нейтрофилов. РОЭ при этом заболевании в остром периоде была значительно ускорена (от 30 мм до 51 мм). При улучшении процесса РОЭ замедлялась, при ухудшении—ускорялась.

Таким образом, для гонококковых артритов характерно: лейкоцитоз, почти нормальное количество нейтрофилов и лимфоцитов в острой стадии, более или менее заметный сдвиг влево и значительно ускоренная РОЭ, соответственно интенсивности течения болезни.

При полиартритах на почве дизентерии в картине крови мы не могли найти разницы по сравнению с полиартритами без определенной этиологии. Отметим лишь, что болезнь эта имела обычно очень

упорное течение, а соответственно этому и картина крови изменялась очень медленно.

На наших немногочисленных (5) случаях полиартритов на почве брюшного тифа мы сделали следующее наблюдение. Осложнение полиартритом наступало после того, как основная болезнь уже почти прошла и картина крови вернулась к исходному состоянию. При появлении осложнения со стороны суставов снова отмечались изменения крови, характерные для брюшного тифа: лейкопения, значительный сдвиг влево (до 18%) и лимфопения. Реакция оседания была ускорена, но не соответствовала тяжести клинической картины.

Артриты подагрические и эндокринные.

Для чистых артритов подагрического происхождения характерны: почти полное отсутствие лейкоцитоза (в среднем 6008), нормальное количество нейтрофилов и лимфоцитов в самом начале острой стадии и значительные показатели РОЭ, особенно во втором часу (в среднем, в первом часу—23,6 мм, во втором—51,1 мм). На протяжении болезни количество лимфоцитов быстро нарастает и долго не возвращается к норме, даже после значительного улучшения явлений со стороны суставов.

Многочисленность разнообразных форм эндокринных полиартритов не дала нам возможности уловить характерные признаки для каждой из них. Отмечено только, что при этих заболеваниях очень редко изменяется количество нейтрофилов, значительно возрастает число лимфоцитов и весьма часто моноцитов (в среднем 7,3) и эозинофилов (5,1).

Некоторые ревматоидные заболевания.

Нужно еще кратко остановиться на некоторых заболеваниях, которые входят в цикл ревматоидных. К ним относятся артралгии, люмбоишиалгии и миозиты. При артралгиях и люмбоишиалгиях часто функционального характера мы почти не находили в динамике картины крови заметных изменений. В случаях же, где боли были связаны с теми или иными констатируемыми изменениями тканей, наблюдались сдвиги и в картине крови. Для миозитов в острой стадии характерна значительная эозинофилия. То, что это зависит от усиленного распада тканей (Битторф), пока не доказано. Во всяком случае, особенно ускоренной реакции оседания эритроцитов на нашем материале мы не отмечали (в среднем 13,1—22,9 мм).

Эозинофилия на наших случаях острого миозита колебалась от 7 до 16%. В одном случае было 24% при отсутствии других причин, могущих дать такую высокую эозинофилию. В процессе улучшения при заболевании миозитом уменьшалась эозинофилия и увеличивался лимфоцитоз.

Выводы.

1. При полиартритах различного происхождения и при других ревматоидных заболеваниях нет специфических изменений в картине белой крови и в реакции оседания эритроцитов, которые были бы характерны исключительно для этих заболеваний. Однако, динамика белой крови и РОЭ, в совокупности с другими методами, может быть

использована для дифференциальной диагностики указанных заболеваний, определения интенсивности их клинического течения и стадии болезни.

2. Существенной разницы в динамике белой крови и РОЭ при первичных полиартритах и вторичных почти не наблюдается.

3. Для стадии обострения полиартритов характерны, главным образом, нейтрофилез и лимфопения. Общее количество лейкоцитов при этом увеличивается не постоянно: на нашем материале лейкоцитоз никогда не превышал 12.000. Сдвиг влево со стороны нейтрофилов или совсем не наблюдается или же выражен очень незначительно. Эозинопения встречается только в редких случаях. Реакция оседания эритроцитов довольно часто ускорена, но ускорение наступает иногда с опозданием на несколько дней после начала заболевания. Величина показателей РОЭ не всегда соответствует остроте заболевания.

4. В стадии затихания процесса болезни появляются лейкопения и лимфоцитоз. Встречаются случаи, где одновременно с лимфоцитозом увеличивается и количество моноцитов. Еще более редко улучшение болезни характеризуется только моноцитозом, почти без реакции со стороны лимфоцитов. Такие случаи обычно протекают почти так же, как и другие, характеризующиеся в стадии выздоровления лимфоцитозом.

Эозинофилия в стадии выздоровления встречалась лишь в единичных случаях.

При полиартритах, протекавших в стадии обострения с заметным лейкоцитозом, количество лейкоцитов постепенно снижалось в процессе выздоровления.

5. При наступлении перелома болезни в сторону улучшения количество нейтрофилов снова несколько возрастает и число лимфоцитов постепенно снижается. Однако, новое наступление нейтрофилеза и лимфопении свидетельствует о рецидиве болезни.

6. Большие показатели РОЭ во втором часу наблюдаются нередко при общей ослабленной реакции со стороны организма.

7. Определение «кривой реакции» оседания эритроцитов (так называемый фракционный метод) на нашем небольшом материале не показал преимуществ этой модификации.

8. При деформирующем артрите, протекающем по типу полиартрита с неопределенной этиологией, мы находили изменения крови, свойственные последнему, однако, с той разницей, что в стадии обострения были несколько менее выражены нейтрофилез и лимфопения, а в периоде выздоровления отмечались несколько большие нейтропения и лимфоцитоз. Значительные и долго не снижающиеся показатели РОЭ также характерны для данного заболевания.

9. Для других форм деформирующего артрита характерны большие показатели РОЭ, почти при отсутствии изменений со стороны формулы белой крови. Отмечается только некоторый моноцитоз. Показатели РОЭ очень часто постепенно возрастают на протяжении болезни, причем каждому обострению клинической картины соответствует ускорение реакции.

10. Периартриты плечевого сустава с травматической этиологией протекают почти без изменений со стороны крови. Отмечается иногда только некоторый лимфоцитоз. При периартритах же, протекающих по типу полиартритов, наблюдается и соответствующая им картина крови.

11. При полиартритах на почве гриппа мы находили изменения крови, свойственные полиартритам без определенной этиологии.

12. Для гонококковых артритов, в отличие от полиартритов без определенной этиологии, характерны: небольшие нейтрофилез и лейкопения в острой стадии и более или менее значительный сдвиг влево. Кроме этого, при гонококковых артритах отмечается всегда в острой стадии лейкоцитоз.

13. При брюшнотифозных артритах в острой стадии появляется картина белой крови, характерная для брюшного тифа: лейкопения, значительный сдвиг влево (до 18%) и лимфопения.

14. Подагрические артриты в острой стадии, в отличие от полиартритов без определенной этиологии, протекают почти без изменения со стороны нейтрофилов и со значительным лимфоцитозом. Показатели РОЭ при подагрических артритах высокие, особенно во втором часу пробы. На протяжении болезни количество лимфоцитов увеличивается и очень долго не приходит к норме.

15. При артралгиях почти нет изменений со стороны крови.

16. Для миозитов в острой стадии характерна значительная эозинофилия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЮМБО-ИШИАЛЬГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ВАННАМИ БОБРУЙСКОГО МИНЕРАЛЬНОГО ИСТОЧНИКА

Г. В. Лившиц

Из стационара Бобруйской курортной лечебницы (директор—И. М. Канторович, научный руководитель—проф. Д. А. Марков).

Среди нервных заболеваний люмбо-ишиалгический синдром занимает одно из первых мест. Под понятием «люмбо-ишиалгического синдрома» подразумеваются нередко самые различные по этиологии, локализации и характеру заболевания пояснично-крестцовой области и ствола. Сюда входят: радикулит, фуникулит, плексит и даже трунцит. Большинство авторов (Сикар, Хорошко и др.) считают, что радикулит это—заболевание интраменингеальной части корешка. О фуникулите говорят тогда, когда поражается та часть нервных волокон, которая лежит в костном канале. Трунцит,—если болезнь ограничивается одним только стволом седалищного нерва. О плексите в клинике проф. Хорошко говорят тогда, когда клиническая картина не укладывается в топографические отношения одного седалищного нерва.

Эти классификации люмбо-ишиалгий (Сикар, Роже, Хорошко и др.) являются только схемой. На практике в большинстве случаев мы имеем смешанный тип заболевания, так как редко бывает, чтобы поражался один определенный участок и чтоб совсем не поражался соседний. Например, к радикулярным симптомам присоединяются явления со стороны funiculus'а или к фуникулярным симптомам присоединяются явления со стороны сплетения (фуникуло-радикулит, фуникуло-плексит). Нередко все прилегающие участки бывают охвачены процессом.

Я не буду распределять больных согласно принятой классификации, так как в действительности редко бывает, чтобы поражался изолированно один отдел. В моем изложении вопрос будет идти о так называемом люмбо-ишиалгическом синдроме, без выделения из этой группы отдельных форм.

Больные, прошедшие через стационар Бобруйской курортной лечебницы, подвергались детальному обследованию: собирался подробный соматический и неврологический status. При собирании статуса обращалось внимание на все многообразие суб'ективных и об'ективных симптомов люмбо-ишиаса. Отмечалось положение больного, походка, изменения в положении позвоночника, симптом наги-

бания туловища. В последнем случае больной, находясь в вертикальном положении, нагибал туловище при разогнутых коленях и опускал руки перпендикулярно к полу до появления незначительной боли; затем измерялось в сантиметрах кратчайшее расстояние от конца среднего пальца рук до пола.

Определялся симптом высоты поднятия ноги: больной ложился на жесткую скамейку; больная нога поднималась в разогнутом виде вверх до первого появления боли в пояснице или в бедре. Затем от нижнего края пятки измерялось расстояние до поверхности скамейки.

Отмечались также следующие симптомы: Лясег, Фейерштейн (контралатеральный Лясег), с. Бонне, Нери, изменения в питании и тонусе мышц, рефлекторная и чувствительная сферы, болевые точки и др. Большинство больных подвергалось рентгенографии пояснично-крестцовых позвонков, производилось исследование морфологического состава крови, РОЭ и RW. Каждый больной проходил консультацию терапевта, отоляринголога, а где нужно было,— консультацию хирурга и гинеколога. Во время пребывания больного проводилась постоянная термометрия. Проверялся вес при поступлении и при выписке. Преимущественный контингент наших больных— это больные значительной давности, прибывшие к нам в состоянии обострения.

Методика отпуска минеральных ванн заключается в следующем. Применялись, главным образом, неполные ванны, а общие ванны лишь там, где были показания со стороны других органов. Первые три дня больной получал теплые ванны (Т. 37—37,5°С), а затем температуру ванны повышали до 38° С включительно. Продолжительность ванны была 12—15 минут. Количество ванн, принятых каждым больным, составляло в среднем 14. Большей частью больные принимали ванны два дня подряд с последующим днем отдыха.

Всего нами обследовано и подвергнуто лечению 98 стационарных больных. По социальному составу они распределяются следующим образом: рабочих—49 (50%), служащих—19 (19,4%), колхозников—20 (20,4%), иждивенцев—10 (10,2%). Таким образом, большинство больных составляли рабочие и колхозники. Возраст и пол больных указывается в таблице 1.

Таблица 1.

Возраст / Пол	от 21 до 30 лет	от 31 до 40 лет	от 41 до 50 лет	от 51 до 60 лет	старше 60 лет	Всего	%%
Мужчин . . .	10	27	19	8	2	66	67,35
Женщин . . .	9	16	6	1	—	32	32,65
Итого . .	19	43	25	9	2	98	100,0

Из этой таблицы видно, что наибольшее количество больных падает на возраст 31—40 лет. Моложе 21 года больных не было. Эти цифры совпадают с данными Шамбурова, который считает излюбленным возрастом для люмбо-ишиаса 30—40 лет и указывает, что это заболевание очень редко бывает в детском возрасте. Среди больных преобладали мужчины.

По продолжительности заболевания (длительность хронического течения с обострениями) больные распределялись по следующим группам:

Таблица 2

Продолжительность заболевания	Количество больных	% %
До года	27	27,55
от 1 года до 2 лет	21	22,42
„ 2 лет „ 5 „	23	23,47
„ 5 „ „ 10 „	14	14,29
„ 10 „ и выше	11	11,23
Нет указаний о длительности болезни	2	2,04
Итого. . .	98	100,0

Из таблицы 2 видно, что мы имеем дело с хроническими заболеваниями, так как у большинства наших больных длительность болезни была больше года. Из больных, прошедших через наш стационар, до поступления к нам 41 человек (41,83%) лечились в течение всего периода болезни только медикаментозно, 15 (15,31%)— в разное время на курортах, 40 (40,82%)—амбулаторно физическими методами лечения, а о двух больных (2,04%) сведений не имеется.

Из 98 случаев люмбо-ишиальгического синдрома оказалось с левосторонними заболеваниями 48 чел. (мужчин—27, женщин—21) 48,98%, с правосторонними заболеваниями 31 чел. (мужч. 25, женщ.—6) 31,63%, с двухсторонними заболеваниями 19 чел. (мужч.—14, женщин—5), 19,39%.

Переходя к выяснению истинной причины люмбо-ишиальгического синдрома следует отметить, что это обстоятельство представляет значительные трудности, так как причин большей частью несколько (врожденная аномалия пояснично-крестовой части позвоночника плюс охлаждение; изменения в области малого таза плюс инфекция и т. д.).

Наши больные по этиологическому моменту схематически были распределены на следующие группы:

В первую группу вошли больные, у которых отмечены рентгенологические изменения. Число больных в этой группе—32 (32,65%). Ко второй группе отнесены больные, у которых были обнаружены изменения в области малого таза, их было—11 (11,22%). В третью группу вошли больные, указавшие на охлаждение, как на причину заболевания. Число их равнялось—28 (28,58%). Четвертая группа— инфекционно-токсическая (острые и хрон. инфекции и интоксикации) с числом больных—9 (9,18%). Пятая группа—травматическая (травмы остр. и хрон., перенапряжение нервно-мышечного аппарата); таких было—4 ч. (4,08%). В 14 случаях (14,29%) этиологическую причину установить не удалось. Таким образом, большинство больных, как на этиологический момент, указывало на охлаждение.

Рентгенологически проверено состояние позвоночника в 79 случаях.

Таблица 3

Рентгенологические изменения в позвоночнике.

Изм. п.-кр. части позв. и возраст	21—30	31—40	41—50	51—60	61 и выше	Мужч.	Женщ.	Итого	%%
Нормальная р-ма	9	23	9	6	—	26	21	47	59,50
	3	3	1	—	—	6	1	7	8,87
Сакрализация . .	3	7	6	—	—	16	—	16	20,26
Люмбализация . .	—	1	—	—	—	—	1	1	1,26
Спондилоартроз .	1	2	1	1	1	4	2	6	7,59
Инород. тело (пуля)	—	1	—	—	—	1	—	1	1,26
Операция по=Ol-bee+сакрализация	—	1	—	—	—	1	—	1	1,26
Итого . .	16	38	17	7	1	54	25	79	100,0

Из таблицы видно, что из 79 отдельных рентгенографий только в 32 случаях (40,50%) обнаружены костные изменения.

При оценке результатов лечения принимались во внимание как суб'ективные жалобы, так и об'ективные данные по нижеперечисленным симптомам, указанным в таблице 4.

Из таблицы видно, что под влиянием минеральных ванн Бобруйского источника происходит явное уменьшение симптомов и резкости их выражения.

Что касается походки, то изменения в ней были в 41 случае (резко хромали 10 человек, хромающая—у 31 человека), а к концу лечения она стала нормальной в 27 случаях, хромающей—в 5 и щадящей—в 9 случаях.

Изменение тонуса мышц отмечено в 23 случаях; к концу лечения выравнялся в 10 случаях. Атрофия мышц отмечена в 7 случаях, а лечение перемен не дало. Со стороны рефлекторной сферы были изменения, показанные в нижеследующей таблице 5.

Таблица 5

Изменения до и после лечения.

	Коленный рефлекс		Ахиллов рефлекс	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Жив.	26	17	12	9
Пониж.	9	7	2	4
Отсут.	1	1	20	16
Выравнялись . .	—	11	—	5

Таблица 4

Изменения в симптомах до и после лечения.

	БОЛЬ		Сколиоз позвоночн.		Напряжение поясничных мышц		Лясег		Симптом Фейершт.		Симптом Бонне		Симптом Нери		Паравертеб. точки		Точки Валле	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Резко выраженные	—	—	—	—	—	—	26	5	6	—	10	1	5	—	33	2	20	2
Значит. выраженные	91	6	13	2	11	—	26	4	7	—	12	—	18	—				
Умерен. выраженные	6	10	8	5	13	4	30	18	20	6	20	8	18	5	32	18	29	8
Незначительн. болев. ощущен. .	1	41	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Отсутствие симптомов	—	36				20		55	—	27	—	33	—	36	—	45	—	39

Изменения чувствительности были в 49 случаях (в 42 случаях гепэстезии и 7 случ. гиперэстезии). После лечения гиперэстезия исчезла в 6 случаях, уменьшилась в 4 случаях, а в 32 случаях изменений не было. Гиперэстезия исчезла в 5 и уменьшилась в 2 случаях.

Симптом нагибания туловища у 40 обследованных больных до и после лечения дал среднюю прибавку в 18 см.

Расстояние поднятой левой ноги (с высоты поднятия ноги) увеличилось на 20,2 см.

Расстояние поднятой правой ноги увеличилось в среднем на 15,2 см. Таким образом, мы имеем явный сдвиг в сторону улучшения движений.

Сведений о гематологических изменениях я не привожу, так как они дали сбивчивые результаты.

Из всех больных лечилось ваннами 88 человек, а остальные 10 человек принимали комбинированное лечение. Из них 5 женщин лечилось ваннами + влагалищные грязевые тампоны, а остальные 5 человек лечились ваннами и принятием электропроцедур.

Относительно бальнеологической реакции можно отметить, что положительная бальнеологическая реакция была в 36 случаях, причем длилась она от одного до трех дней и была нерезкой. У 4-х же больных после первых ванн (у 2—после первой, 2—после третьей) наступила резкая бальнеологическая реакция (усил. болей) и они были переведены на другое лечение. В одном случае у больного К. появился после первой ванны дерматит и зуд во всем теле и он был переведен на другое лечение. У 3 больных, поступивших с резкими болями, после принятия первых ванн боли усилились, и они также были переведены на электролечение.

Привожу таблицы 6 и 7, показывающие ближайшие результаты лечения.

Таблица 6

Данные ближайших результатов лечения по общим факторам

Результаты лечения	Лечившиеся мин. ваннами		Лечившиеся комбиниров.		Всего	
	Число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%
Резкое улучшение	16	18,18	1	10	17	17,34
Значит. улучшение	44	50,0	6	60	50	51,03
Улучшение . . .	19	21,60	2	20	21	21,31
Ухудшение и обострение	4	4,54	—	—	4	4,20
Без перемен . . .	5	5,68	1	10	6	6,12
Итого . .	88	100,0	10	100,0	98	100,0

В число больных, показанных в последней рубрике (без перемен), вошли следующие больные:

Больная В. М., 23 лет, с застарелым (11 лет) часто рецидивирующим п. кр. радикулитом и врожденной аномалией позвоночника (Spina bifida occ. sacr.). На-

след.: отец умер от туберкулеза легких; у сестры туберкулез легких (ВК—). Лечилась на разных курортах и в больницах.

Больной Р., 43 лет, страдает часто рецидивирующими болями в течение 10 лет. Поступил к нам с резкими болями; у больного врожденная аномалия п. кр. части позвоночника (сакрализация). Лечился на разных курортах и два раза находился на стационарном лечении в нервной клинике; от ванн улучшения не было (после эритемных доз кварца наступило улучшение).

Больной Ю., 39 лет, страдает с 1925 г. Лечился на разных курортах; в 1931 г. произведена в Ленинграде операция по Ольби (фиксация позвоночника). Рентгенограмма L_5 S_4: на фоне позвонков видны две удлиненные тени, соответствующие костным пластинкам, наложенным при операции Ольби. Имеется и сакрализация L_5.

Больной Л. П., 37 лет, у которого была комбинация люмбо-ишиальгического синдрома с перемежающейся хромотой.

Больная Г., 34 лет, страдает 13 лет; рентгенологически: люмбализация 1-го крестц. позвонка. После принятия 9 ванн улучшения не наступило, и она переведена на другое лечение.

В рубрику ухудшений я причислил случаи с резкими обострениями после ванн. Обострения ликвидировались другими физическими методами лечения. Во всех остальных 79 случаях мы имели явное улучшение: движения стали свободнее и, в большинстве случаев, безболезненными. Некоторые больные, двигавшиеся при помощи палки, к концу лечения ходили свободно. Большая часть симптомов либо уменьшалась, либо совсем исчезла.

Результаты лечения больных с люмбо-ишиальгическим синдромом.

(по этиологическим факторам).

Таблица 7.

Этиологические группы и результаты лечения	Рентгенол. изменения		Изменения в области мал. таза		Охлаждение.		Инфекци-онтоксич. группа		Травматич. группа		Невыявлен. этиологии	
	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%
Резкое улучшение	6	18,75	1	9,09	5	17,86	3	33,34	—	—	2	14,28
Значит. улучшение	18	56,25	6	54,54	12	42,86	4	44,44	2	50,0	8	57,14
Улучшение . . .	3	9,37	3	27,28	9	32,14	1	11,11	2	50,0	3	21,44
Без перемен . . .	4	12,5	—	—	—	—	1	11,11	—	—	1	7,14
Ухудш. и обостр.	1	3,13	1	9,09	2	7,14	—	—	—	—	—	—
Итого . .	32	100,0	11	100,0	28	100,0	9	100,0	4	100,0	14	100,0

Из этой таблицы видно, что, несмотря на многообразие причин заболевания, мы имеем положительные результаты в 88 случаях из 98.

Следует отметить, что ванны больными переносились легко; самочувствие их было все время хорошее, и они настоятельно требовали отпуска ванн. За месячное пребывание в стационаре курортной ле-

чебницы больные в среднем получили прибавку в весе в размере 3 кг 600 г.

Данную работу следует считать только предварительным сообщением, так как наблюдения нами производились над относительно небольшим количеством больных.

Выводы

1. Минеральные ванны Бобруйского источника дают хорошие результаты при подострых и хронических формах люмбо-ишиалгического синдрома.

2. Ванны приводят к уменьшению симптомов и резкости их выражения.

3. В очень острой стадии люмбо-ишиальгического синдрома применение ванн не является показанным.

4. Нерезкая и недолго продолжающаяся бальнеологическая реакция не является противопоказанием к отпуску ванн.

5. Люмбо-ишиалгический синдром с врожденными аномалиями (spina bifida и сакрализация) давал большой процент улучшения, как и в случаях без аномалий.

6. При лечении люмбо-ишиалгического синдрома на почве хронических воспалительных процессов женской половой сферы очень хорошие результаты мы получили при комбинированном методе лечения (ванны плюс влагалищные грязевые тампоны).

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР.
№ 3—4 1939 г.

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРЫХ ДИФФУЗНЫХ НЕФРИТОВ

Р. Г. Шерешевский

Из 1-й терапевтической клиники Белорусского мед. института (директор—проф. С. М. Мелких).

Вопрос об этиологии и патогенезе нефритов привлекает к себе много внимания со стороны врачебного мира. И все же причины этого заболевания до сих пор еще не вполне выяснены. Литература указывает, что наиболее частой причиной нефритов является инфекция, главным образом, стрептококк. Указывается, например, на диффузный гломерулонефрит—нефрит скарлатинозный, который развивается на второй—третьей неделе при заболевании скарлатиной.

Некоторые авторы, как Лихтвиц, признают, что разные инфекции глотки и верхних дыхательных путей, типа гриппа, являются причинами острых заболеваний почек гораздо чаще, чем скарлатина. Фольгард и Фар на материале в 71 случай острого нефрита указали, что ангина в 25% случаев является этиологическим моментом его возникновения; что же касается гриппа, то Фольгард и Фар отводят ему второе место. Другие инфекции, по их мнению, также могут вызывать нефриты. Сигал и Лайтл на 381 случай острого нефрита могли отметить, как причину,—грипп, охлаждение и острый фарингит. Вовси и Стоцик на своем материале в 300 случаев острого нефрита имели грипп—в 25%, ангину—в 21%, охлаждение—в 21%.

Каков же механизм действия инфекции на возникновение острого гломерулонефрита. Литературные данные указывают, что если при очаговых нефритах возбудители заносятся в почки в виде эмболов, то при диффузном гломерулонефрите главную роль играют вырабатываемые в организме эндотоксины. Поэтому диффузные гломерулонефриты возникают спустя некоторое время после стихания инфекции (например, скарлатинозный нефрит, возникающий на второй-третьей неделе болезни). Интервал между первым заболеванием (скарлатина) и вторым заболеванием (нефрит) зависит от того, развились ли в организме бактериальные эндотоксины.

Шикк указывает, что инкубационный период скарлатинозного нефрита почти полностью совпадает с инкубационным периодом образования у человека антител. Он высказал предположение, что скарлатинозный нефрит следует связать с образованием антител и считать аллергической реакцией организма на вирус скарлатины

Дейхер доказал, что у больных со скарлатинозным нефритом рано появляется большое количество противобактерийных антител.

Он считает, что преждевременное образование противобактерийных антител ведет к нефриту, если стрептококки остаются еще в теле в большом количестве. Близкое к нефриту изменение почек, по его мнению, можно получить, вызывая у подопытных животных повторными ин'екциями бактерий изменение установки иммунитета, т. е. аллергическое состояние.

Многие авторы считают, что эндотоксины (они появляются при образовании противобактерийных антител в результате растворения или осаждения микробов) повидимому повреждают систему артериол всего организма и часть этой системы—почечные клубочки. В результате этого получается спазм артериол, последствием которого возникает гипертония, являющаяся ведущим симптомом при остром диффузном гломерулонефрите. Эти же авторы полагают, что этот симптом предшествует появлению почечных симптомов и поэтому в самые ранние дни заболевания нефритом мочевые симптомы могут быть еще не обнаружены нашими лабораторными методами. Однако, уже одна гипертония должна устремить наше внимание в сторону гломерулонефрита (работы Стоцика и Вовси). Раппопорт в 29% всех скарлатиозных нефритов наблюдал за несколько дней до появления клинических признаков нефрита (отеки и мочевые симптомы) под'ем кровяного давления.

Таким образом, в противоположность классическому учению о нефрите, как о первичном воспалительном заболевании почек (Лелейн), современные теории придают большое значение разлитому экстраренальному сосудистому поражению.

На нашем материале в 100 случаев острого нефрита, мы приходим к следующим данным:

Из таблицы видно, что охлаждение было этиологическим моментом у большого количества наших больных (20%), что сходится и с данными Стоцика (21%).

Для иллюстрации приведу четыре случая нефритов:

1. Больная К., 42 лет., колхозница, поступила в 1-ю терапевтическую клинику 10.XI 1937 с жалобами на сильное удушье, кашель, отечность лица, нижних конечностей и головную боль. О своем заболевании она рассказывает следующее. 27.X 1937 она работала в лесу, причем сильно вспотела. Разгоряченная, придя домой, она напилась холодной ключевой воды. На следующий день почувствовала холод в пояснице, на лице появились отеки. Спустя 2—3 дня появилась слабость, отекли ноги, стала выделять мало мочи. 10.XI прибыла в клинику.

Status praesens: T°—37,3 P—62[1], напряженный. Cor.—незначительный акцент на аорте; отеки на лице, животе и нижних конечностях. Легкие: в нижних отделах обоих легких много влажных хрипов, на всем остальном протяжении их—много сухих, свистящих хрипов. Печень—на два пальца выходит из под реберной дуги, болезненна при пальпации. Мочевины в крови 44,85%. Моча: у. в.—1011, реакция кислая, белок 6,0‰, уробилин—следы, осадок—все поле зрения покрыто эритроцитами, 20—30 лейкоцитов в поле зрения. Кровяное давление 140/90.

20.XI состояние резко ухудшилось. Появилось резкое удушье, головная боль, тошноты; диурез 600 см³, кровяное давление 175/120. Сделана венепункция—выпущено 200 см³ крови.

21.XI после вторичной венепукции состояние улучшилось. В последующие дни постепенно стали сходить отеки, увеличился диурез, печень начала уменьшаться, температура падать, головные боли и тошноты прекратились. Кровяное давление стало снижаться, при выписке было уже 125/70 RR. В моче при выписке (через два месяца после начала заболевания) 2-3 эритроцита и 1—2 лейкоцита в поле зрения.

Диагноз: острый гломерулонефрит от охлаждения.

2. П. В., 30 лет, рабочий, 17. III. 1938, будучи на торфяных работах, во время перерыва лежал около одного часа на земле. В этот день, как и накануне, он пил воду из речки, протекающей около места работы. На второй день температура поднялась до 38,6, появилась головная боль, рвоты, понос. Через два—три дня опухли ноги, лицо и живот. 26.III он был доставлен в клинику с жалобами на боли в пояснице, в груди, кашель и отеки по всему телу.

Status praesens: p.-54[1], аритмичный, тоны сердца глухие. Легкие: в обоих легких много сухих, свистящих хрипов; в нижних отделах обоих легких—влажные хрипы. Кровяное давление—140/95 RR. Кровь—Нв—62%, эритроцитов—3.000.000, лейкоцитов—4.000. РОЭ—10 мм 1 час. Лейк. формула: N (с 49%, п 10%, ю 3%) лимфоцитов—35%, эозиноф.—1%, базоф.—1%; печень увеличена, прощупывается, край болезненный, поперечник по сосковой линии—12 см. Моча: у. в.—1018, белок 3,3‰. в осадке 4—6 эритроцитов и 3—4 лейкоцита в поле зрения.

28. III жалобы на сильную одышку, кашель и головную боль. Сделана венепукция, после чего самочувствие несколько улучшилось. 7.IV больной задыхался, усилилась одышка, тоны сердца глухие, сделано внутривенное вливание строфанта (3 капли).

В последующие дни состояние больного постепенно стало улучшаться: температура начала падать, отеки сходили, в легких влажные хрипы исчезли. Кровяное давление стало снижаться, в последние дни—120/70 RR. Печень пришла в норму, диурез улучшился, мочевые симптомы также уменьшились.

Диагноз: острый гломерулонефрит от охлаждения.

3. Т. Я., 21 года, учитель, осенью 1934 г. возвращаясь из города домой в деревню, сильно промок под дождем (ехал на подводе с 8 час. вечера до 5 час. утра). На следующие сутки он стал чувствовать холод в теле. Спустя 2—3 дня заметил отечность под глазами, стали опухать конечности.

При прибытии в клинику: кровяное давление 170/90, пульс напряженный, Cor.—незначительный акцент на аорте. В легких—в нижних частях влажные хрипы. Печень увеличена, T°—37,6. Отеки на лице, конечностях, головная боль. Моча: у в.—1016, реакция кислая, белок 3,0‰. Осадок—эритроциты и единичные лейкоциты.

При выписке состояние улучшилось, кровяное давление—130/80 RR. В моче единичные эритроциты в поле зрения.

Диагноз: острый гломерулонефрит от охлаждения.

4. Больной К. прибыл в клинику с головной болью, отеками на лице, нижних конечностях. Он рассказывает, что заболел на работе на кирпичном заводе: работал на открытом воздухе, раздевшись, в нательной рубашке; был мороз и ветер. На следующий день появились отечность лица, кашель и головная боль. Спустя два-три дня—слабость, одышка, усилились головные боли.

При прибытии в клинику: T°—38,4°, p.—напряженный. Cor.—незначительный акцент на аорте и art. pulm. В легких сухие и влажные хрипы. Кровяное давление 145/80 RR. Печень болезненна, прощупывается. Моча: у.в.—1010, реакция кислая, белок 1,6‰ $\frac{3-5}{1}$ эритроцитов. Диурез 200 см^3.

При выписке: кровяное давление—120/60, в моче—следы белка. Печень и легкие—норма. Самочувствие хорошее.

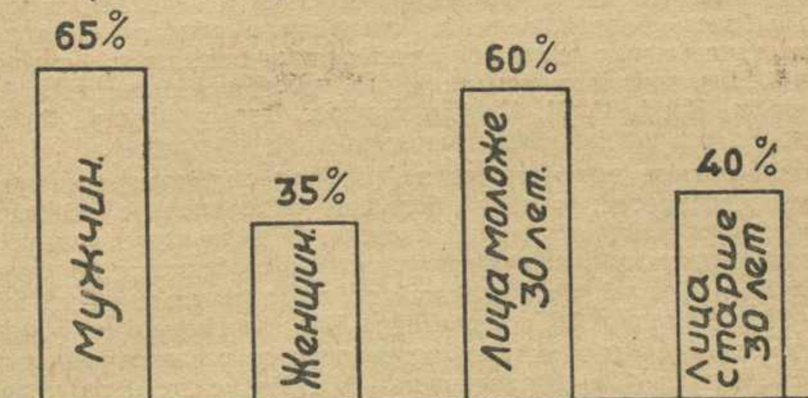
Диагноз: гломерулонефрит от охлаждения.

Известно давно, что охлаждение имеет значение в этиологии нефритов. Еще Гиппократ описал судороги при анурии от охлаждения тела. Брайт приводит холод как этиологический фактор нефрита, в особенности сырой, влажный холод Nephritis frigore. В Сев. Мичигане во время исключительно холодной погоды Кеннеди находил альбуминурию у 40% всех больных, работавших на открытом воздухе.

Каков же механизм действия охлаждения на возникновение нефрита. Некоторые старые авторы считают возможным, что при резком охлаждении кожи нарушается ее дыхательная функция (нарушается трофика нервных окончаний на коже). В результате этого образуется распад клеточных элементов, которые являются токсическими продуктами, поражающими систему капилляров и артериол

Этиология острого диффузного нефрита

/По материал. 1й терапевт. клиники/





(уже вторично) всего организма. Weiss'у удалось подметить своеобразное расстройство в передвижении крови в капиллярах кожи при охлаждении. Это расстройство выражается в сужении артериального колена, ишемических явлениях в коже, бледном фоне ногтевого ложа.

Одни авторы считают, что охлаждение есть момент, усиливающий действие той или иной инфекции. Другие, как Стоцик, видят в охлаждении фактор самостоятельный. Из нашей таблицы видно, что многие больные указывают, как на причину своего заболевания,— употребление холодной воды при общем охлаждении организма. Нужно думать, что когда человек разогреется и вспотеет, холодная вода ослабляет сопротивление к бактериям в области миндалин и верхних дыхательных путей. Процент таких анамнезов, очевидно, увеличился бы, если бы к собиранию их у больных относились более внимательно. Проф. С. М. Мелких придает этому факту большое значение, на что и указывает постоянно в своих лекциях.

Представленные мною случаи нефрита от охлаждения имеют некоторые особенности: у этих больных—лихорадочное состояние, бронхиты, увеличенная застойная печень. В литературе при нефритах такой этиологии также отмечаются эти особенности. В отношении других инфекций данные нашей таблицы указывают следующее: грипп—14%, ангина—16%, скарлатина—10%, указание на употребление холодной воды в момент охлаждения от разогревания и потения—10%, сепсис—3%, беременность—3%. Кроме того, из этих наблюдений видно, что нефритом чаще заболевают мужчины и больший процент падает на молодой возраст. Литературные данные сходятся с нашими цифрами. Так, например, из 94 случаев Мерфи, Грил— в 62% нефрит наблюдался у лиц моложе 30 лет, мужчины поражались в два раза чаще женщин.

Выводы.

1. Инфекции, сопровождаемые ангинами и поражением верхних дыхательных путей, играют важную роль в этиологии нефритов.
2. Охлаждение организма (в особенности сырой холод) само по себе может быть этиологическим моментом нефрита.
3. Момент охлаждения глотки и дыхательных путей питьевой водой при общем охлаждении кожи (при вспотевании, разогревании) играет несомненную роль при этих заболеваниях.
4. При проведении санпросветительной работы среди населения обращать внимание на охлаждение тела, как на момент, вызывающий острое заболевание почек.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

К КЛИНИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Р. А. Вольфсон.

Из клиники нервных болезней Белорусского мединститута
(директор—проф. Д. А. Марков)

Рассеянный склероз у детей предпубертатного возраста—редкое клиническое явление. Возможность заболевания рассеянным склерозом в детском возрасте некоторыми авторами (Гелингер и др.) вовсе отрицается. В своем отрицании эти авторы исходят преимущественно из того, что описанные в литературе случаи нередко оказывались впоследствии рассеянным энцефало-миэлитом, либо приближались к болезни Фридрейха, а еще чаще—к гередо-атаксии типа Мари.

В мировой литературе верифицированные случаи раннего склероза у детей—единичны (3 случая описаны Оппенгеймом, 1—Эйхгорстом). Помимо этого, рядом авторов описаны явления диссемината у детей без аутопсии (Марбург, Шулер, Шлесингер, Шпильмайер и др.). В более поздних работах нотированы случаи рассеянного склероза у детей 5½ и 6 лет после коклюша (Минчиотти, Арман Делиль), у 9-летнего ребенка после тифа (Конор) и т. д.

Однако, подобные синдромы, наступившие непосредственно после инфекции, требуют сугубо критического отношения, так как здесь не исключена возможность диссеминированного энцефало-миэлита.

В последней работе о рассеянном склерозе у детей Рембо, Ризе и Жеро приводят три случая без аутопсии с острым началом, оптическими расстройствами, а также пирамидо-церебеллярной компонентой; причем ремисссии отмечаются не во всех случаях. Диференциальная диагностика проводится авторами наряду с острыми заболеваниями Ц. Н. С. (энцефалитом), а также и с гередо-дегенеративными (детской фамильной церебральной диплегией типа Жестан-Гиллен-Пескер, болезнью Фридрейха, Литтля, а также гередо-атаксией типа Мари).

Наиболее убедительным при установлении диагноза детского рассеянного склероза Рембо, Ризе и Жеро считают быстрое наступление и развитие болезни, наличие окулярных и пирамидо-церебеллярных расстройств, а также отсутствие брюшных рефлексов. Что касается ремиссий, то авторы указанной работы не считают их обязательными для раннего рассеянного склероза у детей.

В противоположность французским авторам, Иогихес признает более характерным для детского возраста постепенное нарастание

явлений в клинической картине, а также наличие ремиссий—в течение болезни.

Диференцируя с «эссенциальным» спастическим парапарезом, он включает в клиническую картину диссемината у детей нистагм и интенционное дрожание с оговоркой, что классическая триада Шарко наблюдается не во всех случаях заболевания у детей.

Необходимо отметить, что литература, касающаяся рассеянного склероза у детей, весьма ограничена и далеко не исчерпывает вопроса. В виду этого мы считаем целесообразным опубликовать и наши 4 случая.

Данный материал представляет с нашей точки зрения клиническую и казуистическую ценность, главным образом, в разрезе симптоматики и диференциальной диагностики.

Случай 1. П. Леня, 7 лет, поступил в Нервную клинику 23.X.1935 с жалобами на шатание при ходьбе.

Больной родился в срок, развивался хорошо, инфекционных болезней не переносил. Живет у деда без достаточного присмотра. Два раза тонул.

Заболел в возрасте $5^1/_2$ лет. Начались головные боли и рвоты, а также общая слабость и сильные поты; температуру не измеряли. Сперва рвоты были по 3—4 раза в месяц, потом участились; в последнее время случаются почти ежедневно по нескольку раз в день.

Заметное ухудшение болезни отмечается матерью за последние 6 месяцев, когда ребенок стал плохо ходить: его стало «качать» в обе стороны, одновременно с этим появилось косоглазие. Последние три месяца ребенок не мог ходить, падал. В течение последних 6 месяцев состояние ребенка меняется: за ухудшением наступает временное улучшение.

Статус: ребенок небольшого роста, несколько пониженной упитанности. Лимфатические шейные железы увеличены. Со стороны внутренних органов—без резких отклонений от нормы. Тахикардия. Со стороны интеллекта—дебильность.

Глазное дно: OD—назальные верхние и нижние границы отечны и проминируют; вены несколько расширены. OS—бледность соска зрительного нерва. Недостаточность наружных прямых мышц; анизокория: OD>OS.

Двусторонний крупно размашистый спонтанный нистагм при крайнем отведении; при взгляде вверх—беспокойство глазных яблок. При калорической пробе по Кобраку—живая реакция; латентное время—3—4; нистагм горизонтальный-средне-размашистый, 20″ с обеих сторон.

Парез левого лицевого нерва (нижней ветви) с некоторой слабостью и верхней ветви. Остальные черепно-мозговые нервы в норме.

Об'ем движений на верхних и нижних конечностях сохранен. Тонус несколько повышен в разгибателях нижних конечностей, в которых отмечается также некоторое понижение силы.

Походка спастически-атаксическая; при ходьбе шатает в обе стороны, больше вправо. Слепая походка, неуверенная, со значительным уклоном вправо. Симптом Ромберга положительный. Адиадохокинез и интенционное дрожание справа. При коленно-пяточной пробе—промахивание с двух сторон.

Поверхностная чувствительность—без отклонений от нормы; мышечно-суставная чувствительность несколько расстроена на нижних конечностях. Сухожильные рефлексы высокие на верхних и нижних конечностях; рефлексогенные зоны с коленных расширены, клонусы стоп и коленных чашек. Симптом Бабинского и Оппенгейма двусторонний, слева выражен несколько более резко: двусторонний симптом Гордона. Брюшные—вялые и быстро истощаются. Со стороны вегетативной нервной системы: акроцианоз нижних конечностей, гипертрихоз спины и нижних конечностей.

Со стороны речи отмечается своеобразный скандаж, с заметным растягиванием отдельных слогов.

В плохом состоянии больной лежит неподвижно на спине, заметно заторможен; в хорошем—у него отмечается двигательное беспокойство, причем он все время вскакивает с постели, хватает все, что попадается под руку, порывается ходить, падает, все время кричит.

Лабораторные данные: кровь—Нв 65%, эр.—4.520.000, л.—9.600, с.—63%, л.—24%, э.—9%, м.—4%; РОЭ—14 мм в 1 час. Моча—норма.

Спинно-мозговая жидкость: прозрачная, цитоз—⅔, белка—0,7%; глобулиновые реакции—положительные.

Реакция Вассермана в крови и спинно-мозговой жидкости отрицательная.

Состояние ребенка за время пребывания в клинике отличалось лабильностью: частые рвоты, плохое самочувствие сменялось хорошим, когда ребенок мог даже играть с другими детьми.

В данном случае заболевание развивалось на протяжении двух лет. В клинической картине, наряду с изменениями на глазном дне (побледнение соска), отмечаются резко выраженные пирамидные явления, а также поражения мозжечковой системы, больше справа. Вместе с тем отмечается триада Шарко,—нистагм, интенционное дрожание, скандированная речь, а также вялые брюшные рефлексы.

Течение болезни отличалось несколько ремиттирующим характером.

Интерес данного случая состоит в том, что у 7-летнего ребенка на протяжении двух лет развивается заболевание, клинически укладывающееся в рамки рассеянного склероза со всеми его ингредиентами, с намеком на ремиттирующий характер течения. Ранний возраст больного представляет большую редкость. В литературе подобные случаи единичны.

Случай 2. Р. Витя, 11 лет 9 мес., поступил в клинику нервных болезней 7. XII. 1935 с жалобами на отсутствие движений в нижних конечностях, недержание мочи и стула.

Ребенок родился в срок, развивался правильно. Перенес в раннем детстве корь. О наследственности данных не имеется. По словам отца, мальчик заболел 16 мая: у него стала плохо действовать правая нога, а потом и правая рука. После амбулаторного лечения в Могилевской поликлинике на протяжении 4 месяцев, мальчик хорошо поправился, стал ходить в школу. Спустя два месяца отец заметил, что ребенок снова подтягивает правую ногу; через несколько дней он не мог двигать и левой ногой, а затем постепенно совершенно перестал ходить. Одновременно с этим у больного появилось недержание мочи и стула; он стал плохо есть и плохо спать.

Статус: мальчик хорошо упитан, слизистые окрашены нормально; гиперплязия лимфатических желез. На левом бедре следы ожога, на правом—пролежни.

Лобные и затылочные бугры выдаются, несколько уплощена переносица.

Внутренние органы: сердце в границе, тоны несколько глуховаты. Кровяное давление 120/90, пульс 112 в 1 минуту. Несколько расширены гилюсы с двух сторон. Температура при поступлении—38°. Расстройство сфинктеров.

Нервная система: ребенок заметно заторможен, лежит большей частью на спине, ни с кем не разговаривает.

Глазное дно: OD, сосок хорошо окрашен, других изменений нет. OS частичная атрофия зрительного нерва. Поле зрения: резкое концентрическое сужение, особенно в левом глазу (на белый цвет). Суб'ективно—жалобы на мелькание в левом глазу. Анизокория: OD>OS. Реакция на свет сохранена слева несколько вяловата. Нистагм установочный, мелко-размашистый, быстро истощающийся, больше выражен при крайнем отведении влево. Несколько сглажена правая носогубная складка.

Полная параплегия нижних конечностей спастического характера (ноги согнуты в коленных суставах). Гипертония сгибателей нижних конечностей, в верхних—незначительная гипотония.

Высокие коленные рефлексы с расширенными зонами. Клонусы надколенных чашек и стоп; симптомы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Гордона, Жуковского и Шефера с двух сторон, несколько более выражены справа. Брюшные отсутствуют.

Со стороны чувствительности—явления гипэстезии и гипалгезии от $Д_{4}$—$Д_{8}$ книзу. Значительное поражение мышечно-суставной чувствительности на нижних конечностях, на которых отмечается также понижение и вибрационной чувствительности.

Кожа сухая. Красный дермографизм.

Лабораторные данные: кровь—Нв 70%, эр.—4.540.000, л.—12.040, с—80%, л.—15%; э.—3%, м.—2%; РОЭ—32 мм в 1 час.

Спинно-мозговая жидкость: давление значительно повышено, жидкость прозрачна, цитоз—4/3, белка—0,33‰, глобулиновые реакции—положительны; реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательная. Моча в норме.

Спустя две недели после поступления в клинику, у ребенка началось заметное улучшение. Температура понизилась до 37,2°, пролежни зажили, постепенно восстановилось мочеиспускание. Ребенок стал сидеть, появились движения сперва в левой, потом в правой ноге. Через два месяца он начал ходить (при поддержке), причем походка отличалась спастичностью, при наличии клонусов и патологических рефлексов, с которыми ребенок поступил в клинику. Через три месяца явления парапереза несколько уменьшились, мышечно-суставная чувствительность на нижних конечностях восстановилась; отмечалась гиперпатия от $Д_7$—$Д_8$.

Явления на глазном дне оказались стойкими: OD попрежнему без изменений, OS—атрофия зрительного нерва.

5.IV ребенок был выписан в хорошем состоянии после курса лечения диатермией, ионофореза с иодистым калием и грязелечения.

Приведенный случай заслуживает особого внимания. Заболевание, как будто остро начавшееся, развивается вначале по типу энцефаломиэлита. Вместе с тем явно ремиттирующий характер течения приближает его больше к рассеянному склерозу. И действительно, в дальнейшем течении болезни вырисовывается симптомокомплекс, близкий к этой форме: изменения на глазном дне, отсутствие брюшных рефлексов, спастический парапарез.

Следует нотировать наряду с этим недостающие элементы триады Шарко, как интенционное дрожание, скандированная речь и пр. Однако, как неоднократно отмечалось многими авторами, наличие триады Шарко не обязательно в полном об'еме для диссемината не только у детей, но и у взрослых.

Случай интересен еще и тем, что начало заболевания обозначается здесь легкими апоплектиформными приступами; после них оставались парезы, которые постепенно нарастали, затем шли на убыль, возможно в связи с ремиссией.

В данном случае диагноз рассеянного склероза весьма вероятен.

Случай 3. Р. Рая, 7 лет, дважды лежала в клинике нервных болезней: в январе 1937 г. и в сентябре 1938 г. В первый раз девочка поступила в клинику с жалобами на дрожание в правых конечностях; во второй—на дрожание в руках и ногах (больше правых) и невозможность ходить.

Ребенок родился в срок, развивался хорошо до 5 лет. В семье, кроме Раи, двое мальчиков—близнецы 4 лет 5 мес. У обоих—strabismus convergens, не резко выраженный. В остальном оба здоровы. Реакция Вассермана у этих детей и матери отрицательная.

Со стороны наследственности, у бабушки по материнской линии было какое-то нервное заболевание за 6 лет до смерти (умерла 56 лет от «сердечной» болезни). У бабушки со стороны отца с 50-летнего возраста было дрожание головы (?). Люэс и туберкулез отрицается. Условия жизни ребенка хорошие.

В раннем детстве болела диспепсией, 4 лет перенесла коклюш и скарлатину, частые гриппы и ангины.

Заболела в июне 1936 г.: началось дрожание головы и правой руки; последнее появлялось при попытке ребенка взять что-нибудь в руки. В покое дрожания не было. Одновременно с этим девочка стала хуже ходить, часто спотыкалась и падала. Тогда же у нее отмечалось частое мочеиспускание с категорическими позывами.

Походка все ухудшалась и через 8—9 месяцев девочка волочила ноги, причем, ее шатало в обе стороны. Ходить становилось все труднее, и после перенесенной в июне 1938 г. ангины ребенок почти перестал передвигаться.

Статус: девочка хорошо упитана, приближается к пикнику, на животе отложение жира. Зубы местами лишены эмали. Лимфатические шейные железы прощупываются. Внутренние органы—без отклонения от нормы; тахикардия. Частые позывы к мочеиспусканию категорического характера. Девочка возбудима, суетлива, болтлива, эгоцентрична, назойлива; отмечается двигательное беспокойство.

Глазное дно—без видимых изменений. Кольцо Кайзер-Флейшера не обнаружено. Нерезкий экзофтальм. Реакция на свет сохранена.

При ходьбе ноги значительно отстают, туловище наклонено вперед, голова—к правому плечу; ходит при поддержке с двух сторон. Тонус без изменений. Имеется интенционное дрожание, больше выраженное в правых конечностях. Тремор головы.

Рефлексы сухожильные и периостальные—живые, брюшные—вялые, патологические—отсутствуют. Чувствительность, видимо, сохранена, так как на укол реагирует.

Гемограмма и ликвор—без отклонений от нормы. Реакция Вассермана—отрицательная.

Девочка была выписана с диагнозом—гередо-дегенерация группы церебеллярных амиотрофий типа Мари (?).

В сентябре 1938 г., при вторичном поступлении больной в клинику, состояние ее резко изменилось. Она стала еще более возбудимой, шумливой; стало очевидным отставание в умственном развитии.

На глазном дне: OD—бледность соска зрительного нерва, OS—сосок с серым оттенком. Зрение: OD=1,0, OS—0,7 Поле зрения исследовать не удается вследствие дефектов внимания.

Интенционное дрожание выражено сильнее, чем в первый раз. Адиадохокинез справа; коленно-пяточная проба не выполняется, особенно справа. Явления дизметрии и дискоординации. Ребенок может самостоятельно сидеть, но не стоит и не ходит без поддержки. При стоянии широко расставляет ноги. При ходьбе (может сделать 2—3 шага с поддержкой) переставляет ноги за среднюю линию, как бы перекрещивая их.

Тонус—без изменений. Некоторая тугоподвижность правого голеностопного сустава. Высокие сухожильные рефлексы, справа несколько выше. Коленные рефлексы с расширенной рефлексогенной зоной. Клонусовидные ахилловы. Симптом Бабинского с двух сторон, иногда спонтанный—чаще справа; брюшные—отсутствуют.

Сила на нижних конечностях диффузно ослаблена, на верхних—понижена, особенно в правой руке (дистально). Речь ребенка медленная, скандированная, растягивает отдельные слоги.

В крови: Нв 60%, л.—8000, эр.—4.900.000, м—9%, п.—3%, э—2%, с.—62%, л.—24%; РОЭ—7 мм в 1 час. В моче—без отклонений от нормы. Вторично не пунктирована.

Таким образом, у 7-летнего ребенка на протяжении двухлетнего периода развивается прогредиентный процесс, который дебютирует с интенционного дрожания в правых конечностях; последнее не отмечается в покое.

Через 8—9 месяцев к этому «гиперкинезу» церебеллярного характера присоединились и пирамидные явления: высокие коленные рефлексы, спастичность, наличие патологических и отсутствие брюшных рефлексов.

Описанный случай заслуживает внимания, особенно в разрезе диференциальной диагностики. Больше всего он импонирует как диссемината. За это говорит и бледность сосков зрительного нерва, и интенционное дрожание, и пирамидные знаки. Полиморфизм симптомов группируется вокруг пирамидных и церебеллярных явлений. Особенностью данного случая является то, что заболевание отличается прогрессивным характером, вместе с тем отсутствием ремиссий; также не все элементы типичного рассеянного склероза налицо. Как уже отмечалось выше, ремиссии в клиническом течении диссемината не обязательны для детского возраста так же, как не обязательны все составные части триады Шарко (Иогихес, Рембо, Ризе, Жеро и др.).

Суммируя особенности клинической картины и течение данного заболевания, трудно исключить диссемината.

Данный случай можно было бы диференцировать с диссеминированным энцефало-миэлитом. Однако, последний протекает остро,

обычно не прогрессирует в такой степени, а также отличается большей частью изменениями в спинно-мозговой жидкости. Также мало данных за периаксиальный энцефалит Шильдера, для которого типичны контрактуры, эпилептиформные припадки, слабоумие и для которого не характерны церебеллярные явления. Наконец, общеизвестно, что диагноз столь редкого заболевания, как энцефалит типа Шильдера, ставится обычно патолого-анатомически.

Как указано выше, данный случай вначале больше импонировал, как гередо-дегенеративное заболевание. Чтобы исключить последнее, мы подошли к необходимости генетического изучения семьи. Однако, до настоящего времени не имеется веских данных за семейный характер заболевания. Правда, категорически исключить гередо-дегенеративное заболевание клинически пока вряд ли возможно. Это также отмечено Марбургом, который диференцирует рассеянный склероз не только с воспалительными, но и системными, а также с гередо-дегенеративными заболеваниями (фуникулярный миэлит, болезнь Фридрейха, псевдосклероз и т. д.).

Нет данных и за семейную форму рассеянного склероза. Случаи семейной формы диссемината описаны некоторыми авторами. Эйхгорст нотирует случай семейного рассеянного склероза у матери и дочери, Дере и Прюво—у двух сестер, Гарсен—у брата и сестры, Леньель-Левастин и Карессио, а также Могенс и Эллерман—у двух братьев. Тинель и Бадонель описали случай диффузного энцефало-миэлита у двоих детей в одной семье.

Несмотря на это, вопрос о семейном характере рассеянного склероза взят под сомнение многими авторами, в том числе и Барре, которые полагают, что в таких случаях имеет место спастическая семейная параплегия.

Случай 4. Н. Адя, 6 лет, поступил в клинику 21. III. 1933 с жалобами на сильные головные боли, боли в животе, а также в глазах.

Родился в срок, искусственно вскармливался с 2½ месяцев. Физически развивался хорошо; запоздала речь: начал говорить к трем годам.

Перенес скарлатину, крупозное воспаление легких и ветрянку в возрасте 3 лет, дифтерию носа—4 лет, частые гриппы с высокой температурой по нескольку раз в год.

Люэс и туберкулез в семье отрицается. Родители Ади—оба 27 лет—здоровы; сестра его, 9 лет, ничем не болела.

Ребенок заболел 18.XII.1932 ночью—появились рвоты, сильные головные боли, а также боль в животе.

К этому времени головные боли не прекращаются, усиливаясь рано по утрам. Температура все время 37,4—37,8°. Мальчик перестал проситься (недержание мочи и кала), стал капризным, часто плакал.

Статус: ребенок хорошо упитан, слизистые окрашены в норме, лифматические шейные железы увеличены. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается; кровяное давление 85/60. Пульс 96 в минуту.

Уши, нос и горло—норма.

Глазное дно (в динамике): неврит зрительных нервов с явлениями застоя, особенно резко выражен в правом глазу; через месяц—следы прошлого неврита с застойными явлениями; 17.X—застойные соски на обоих глазах. Движения глазных яблок несколько ограничены вверх и вправо. Реакция на свет, конвергенцию и аккомодацию сохранена.

Со стороны двигательной сферы—навязчивые движения; часто вытирает рот руками; небольшое интенционное дрожание в левой ручке. Сила в обеих руках удовлетворительная. Незначительный симптом Кернига с двух сторон.

Коленные рефлексы высокие, Ахилловы—клонусовидные, брюшные—вызываются; нерезкий симптом Бабинского с двух сторон. Реагирует на укол и прикосновение; мышечно-суставную чувствительность исследовать не удается. Речь скандирована.

Ребенок хорошо ориентируется в обстановке. Счет пальцев и сложение

в пределах 5—6. Обратный счет от 4 до 1. Не знает названий дней недели месяцев; из времен года не назвал осень. Осмышление и комбинаторные способности в норме.

Состояние общей заторможенности: ребенок вял, апатичен, не интересуется окружающей обстановкой.

Лабораторные данные: кровь—Нв 70%, эр.—4.375.000, л.—9.400, э.—2%, ю.—1%, п.—8%, с.—25%, л.—50%, м.—14%; РОЭ—10 мм в 1 час.

Спинно-мозговая жидкость—без отклонений от нормы. Реакция Вассермана в крови и в жидкости отрицательная. В моче следы белка. В кале: яйца аскарид в значительном количестве. 28.IV ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии с диагнозом менинго-энцефалит (?).

До 15.X мальчик лечился абмулаторно. В течение этого времени он жаловался на боли в животе, рвоты, сопровождающиеся сильными болями в затылке.

В статусе больного отмечались застойные явления на дне глаз, больше выраженные справа; зрение—1,0 на обоих глазах. Анизокория OS>OD.

Незначительная асимметрия левого лицевого нерва (как будто перетягивает вправо).. Коленные рефлексы высокие (может быть S>d Симптом Бабинского слева (??).

Интенционное дрожание при пальце-носовой пробе, больше слева; в остальном— ничего патологического.

При вторичном поступлении в нервную клинику 15.X.1933 ребенок снова жаловался на головные боли и рвоты.

Об'ективно: глазное дно—застойные соски, высокие коленные, ахилловы—клонусовидны. Симптом Бабинского слева (намек). Слева отмечаются мозжечковые явления: адиадохокинез, интенционное дрожание; выраженный симптом Кернига.

В крови: Нв—66%, эр.—4.380.000, л.—7.560, с.—53%, л.—36%, м.—7%, э.—4%; РОЭ—14 мм в 1 час.

В спинно-мозговой жидкости—без отклонений от нормы.

В моче: уд. вес—1.035, сахара и белка нет.

Через три дня после поступления в клинику у ребенка внезапно наступило тяжелое состояние. Он потерял сознание, лежал с закрытыми глазами; при попытке открыть их оказывал сопротивление. Появилась ригидность затылка; симптом Кернига с двух сторон заметно усилился; временами в левых конечностях появлялись клонические судороги; интенционное дрожание в левой ручке усилилось. Ночью у ребенка был гиперкинез всего тела, напоминающий озноб.

Через 9 дней после этих явлений ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем мальчик снова перешел на поликлиническое лечение 19.XII. 1939 у больного отмечались несильные головные боли и отсутствие рвот.

Об'ективно: глазное дно—начинающаяся атрофия после застоя; в левом глазу—явления застоя еще держатся.

Некоторая асимметрия в иннервации нижней ветви левого лицевого нерва (?), левые конечности как будто слабее правых; некоторый адиадохокинез слева; коленные рефлексы высокие, слева несколько живее. Симптом Бабинского слева; намек на интенционное дрожание с двух сторон.

21.I.1934—явления застоя меньше, но соски зрительных нервов стали бледноваты; зрение OD=1,0, OS=0,9.

17.II—общая вялость; интенционное дрожание в левой ручке несколько сильнее: в остальном со стороны нервной системы без особых изменений.

15.III—отмечается дважды недержание мочи и кала по ночам.

15.V—явления застоя меньше, в остальном состояние без изменений.

29.VI—побледнение сосков зрительного нерва, явления застоя исчезли.

29.VII—бледные соски (атрофичны). Височные половины бледнее носовых; поле зрения исследовать не удалось; острота зрения=1,0 на обоих глазах. Эти явления на глазном дне продолжались на протяжении всего 1934 г. В дальнейшем отмечается интенционное дрожание больше слева; временами ночное недержание мочи и кала. В конце 1934 г. приступ головной боли и рвоты, ликвидировавшийся в течение одного дня.

В январе 1935 г.—глазное дно без перемен; интенционное дрожание больше слева; патологические рефлексы отсутствуют.

После этого времени наблюдения над ребенком прерваны в связи с переездом семьи в другой город.

Описанный случай представляет исключительный интерес с точки зрения диференциальной диагностики с рассеянным склерозом в

раннем детстве. У ребенка 6 лет на протяжении $2\frac{1}{2}$ лет развивается заболевание сперва диагностицируемое, как менинго-энцефалит. Оно отличается относительно острым началом и прогрессирующим характером.

Особый интерес представляет динамика глазного дна: сперва неврит, затем застойные явления, переходящие в атрофию, наконец побледнение темпоральных отделов сосков зрительных нервов. Мозжечковые явления также отличаются прогредиентным характером: начавшись с легкого интенционного дрожания в левой руке, они становились все более четкими с присоединением адиадохокинеза в более позднем периоде болезни. Нарастание пирамидо-церебеллярного синдрома отмечается повышением коленных рефлексов, появлением симптома Бабинского слева, а также усилением церебеллярных явлений в левых конечностях.

Течение заболевания носит явно ремиттирующий характер, о чем говорит и двукратная госпитализация ребенка в нервную клинику, с перерывами, на протяжении которых мальчик лечился поликлинически.

Острые случаи рассеянного склероза трудно поддаются диференциальной диагностике с рассеянным энцефало-миэлитом не только в детском возрасте, но и у взрослых (Футер, Аммосов, Рембо и др.).

На клиническое сходство обоих заболеваний впервые указывают Вилльбрандт и Зенгер, затем Ван-Богер. Трудности диференциальной диагностики между обоими указанными заболеваниями отмечает также Финкельнбург (1911 г.). Мюллером описан острый рассеянный склероз, который он относит к группе энцефалитов (1904). Аммосов также выделяет рассеянный склероз, как подгруппу острого диссеминированного энцефалита, рассматривая эти заболевания как клинически близкие, анатомически различной формы.

Флятау и Келлихен, подчеркивая связь миэлита с рассеянным склерозом, отмечают и некоторое отличие. Марбург высказывается против отождествления острого рассеянного склероза с энцефаломиэлитом.

Связующим звеном между обоими указанными заболеваниями ряд авторов считает оптический нейромиэлит (Петтэ, Гутман и др.). Гоццанно, Віччиоли и другие подчеркивают сходство между диссеминированным склерозом и энцефало-миэлитом типа Шильдера.

Попытка еще более расширить рамки диференциальной диагностики данного заболевания принадлежит Леньель-Левастину и Кауессио, которые диференцируют острый рассеянный склероз не только с диссеминированным энцефало-миэлитом, оптическим нейромиэлитом, но и диффузным послекоревым энцефалитом. Шеффер диференцирует рассеянный склероз с гриппозным энцефалитом, Верагут—с внутричерепными неоплазмами. По Футеру, большинство авторов сближает понятие энцефало-миэлита с острым рассеянным склерозом, основываясь на общности некоторых клинических проявлений, а также на патолого-анатомической картине. Таким образом, оба заболевания сближаются, но не поглощают друг друга.

Диференциально-диагностическим признаком могут служить ремиссии, которые мы могли отметить в трех случаях.

Трудность диференциальной диагностики рассматриваемого заболевания, особенно в начальных стадиях, подчеркивает и Фурнье. Оппенгейм и Кассирер диференцируют диссемината не только с

другими органическими заболеваниями, но и с функциональными (истерией).

Наличие такого многообразия в диференциальной диагностике данного заболевания находится в тесной связи с полиморфизмом в его клинической картине.

Приведенные нами случаи отличаются каждый своим своеобразием. Вместе с тем можно выделить и некоторые черты сходства. Почти все они начинаются довольно остро (кроме 3-го случая). Клиническая картина заболевания развивается на протяжении нескольких недель и месяцев. Течение болезни идет как бы толчкообразно, причем в трех случаях можно нотировать ремиссии, в одном—они отсутствуют.

Оптические расстройства являются как бы ведущими в форме атрофии соска зрительных нервов, неврита, латерального побледнения соска зрительных нервов. Почти во всех случаях отмечаются явления спастического парапареза нижних конечностей.

Церебеллярные расстройства резко выражены в трех случаях, причем они отличаются некоторой лабильностью, за исключением речи, которая остается скандированной. Можно отметить также изменение психики как в сторону возбуждения, так и общей заторможенности.

В спинно-мозговой жидкости почти во всех случаях отклонений от нормы не отмечается, кроме первого случая, в котором повышено количество белка.

Некоторыми особенностями отличаются и начальные симптомы заболевания в наших случаях. Так, оптические расстройства занимают среди них первое место в то время, как, по данным Денвилля, в большинстве случаев начальными явлениями было расстройство походки (41%), а окулярные расстройства составляют лишь 14,6%; причем среди них на первом месте фигурирует ретробульбарный неврит.

Явления чрезмерного утомления, описанные многими авторами (Дежерин и Тома, Гиллен, Клод, целый ряд немецких авторов) в качестве дебютирующего симптома при диссемината у взрослых, мы также не могли отметить в наших случаях.

Также не подтверждается на нашем материале некоторая последовательность симптомов в развитии диссемината у взрослых, указанная Барре: сперва вестибулярные, затем вестибулопирамидные, наконец пирамидо-церебеллярные явления. В наших случаях вслед за оптическими расстройствами, чаще всего наступали пирамидо-церебеллярные.

На основании нашего материала и литературы можно заключить: формы рассеянного склероза у детей с относительно острым началом представляют большую клиническую трудность в распознавании их. Нередко их смешивают с диссеминированным энцефало-миэлитом, вследствие большого сходства в клиническом течении между обоими заболеваниями. Большим подспорьем в диференциальной диагностике является явно прогрессирующий характер течения диссемината, а также наличие выраженных ремиссий.

При диференциальной диагностике раннего рассеянного склероза с гередо-дегенеративными заболеваниями большую помощь оказывает генетическое исследование семьи.

Особенности клинической картины рассеянного склероза у детей заключаются нередко в относительно остром начале заболевания, в оптических расстройствах, часто спастическом парапарезе нижних конечностей, наличии некоторых элементов триады Шарко, а также в изменениях психики. Ремиссии в течение болезни могут иногда отсутствовать.

Понятно, что своевременное распознавание раннего рассеянного склероза у детей имеет и большое практическое значение.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

К ВОПРОСУ ОБ АМПУТАЦИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Доц. Г. И. Сегаль и Г. А. Русанов

Из хирургического отделения 1-й Борисовской совбольницы
(зав. отделением—доц. Г. И. Сегаль)

Вопрос о местной анестезии в настоящее время настолько разработан, что, казалось бы, нет никакой надобности доказывать ее преимущества. Но мы хотим коснуться одного вопроса, до настоящего времени недостаточно освещенного в медицинской литературе.

Хирурги охотно делают резекции желудка, анастомозы, холецистектомии и другие крупные операции под местной анестезией и в то же время избегают применения ее при такой операции, как ампутация нижних конечностей. Между тем, вопрос этот является важным и актуальным, так как значительный процент ампутаций конечностей производится по поводу обширных повреждений их с раздроблением костей и размозжением мягких тканей, почти всегда связанных с состоянием шока.

С другой стороны, сама ампутация конечностей, в особенности высокая ампутация бедра, способна значительно углубить или даже вызвать шоковое состояние, а общий наркоз, понижая кровяное давление, является также далеко не безразличным воздействием на организм, находящийся в состоянии шока.

Понятно отсюда, что не раз подымался вопрос, нужно ли вообще ампутировать конечности у находящихся в состоянии травматического шока, или следует в таких случаях действовать выжидательно. Несмотря на сравнительное обилие литературы по этому вопросу, в этом отношении нет общепринятых установок, и каждый хирург действует по своему усмотрению, учитывая конкретные обстоятельства данного случая.

Мы являемся сторонниками немедленных операций при обширных и тяжелых повреждениях конечностей. Удаляя размозженные ткани, мы, с одной стороны, уменьшаем возможность наступления токсемического шока, а с другой стороны, избавляем больного от болевых раздражений, поступающих непрерывно из поврежденных областей. Таким образом, немедленная операция является вполне логичной как с точки зрения токсемической, так и нервно-рефлекторной теорий травматического шока.

Проф. Гусынин предлагает, во избежание углубления состояния шока при травмах конечностей, применять стволовую блокаду

нервов. Он говорит, что перерывом нервной проводимости в пораженной конечности снимается болевой рефлекс на сосуды и «предотвращается потеря тонуса и прочих свойств сосудистой трубки— периферического мотора кровообращения». Одновременно он считает, что сильное, или длительное раздражение периферических нервов вызывает нарушение жизнедеятельности ганглиозных невронов и дезорганизацию вазомоторных центров анимальной и вегетативной нервной системы. По его мнению, в падении кровяного давления при шоке решающую роль играет часто не только первоначальная травма, но и последующие, хотя бы и более мелкие раздражения со стороны травмированной области.

Следовательно, прекращая стволовой блокадой непрерывные поступления болевых импульсов с места травмы, мы тем самым предотвращаем неудержимое падение кровяного давления, так характерное для травматического шока. Указанное подтверждает также и работа Помосова (Казань).

Таким образом, применение стволовой блокады при травмах конечностей показано с точки зрения профилактики травматического шока и борьбы с углублением шокового состояния после травмы. Само собою понятно, что та же стволовая блокада должна еще с большим успехом предотвратить возникновение шока при всех операциях на нервных стволах, в том числе и при ампутациях конечностей по другим поводам помимо травм. Кроме того, стволовая блокада дает возможность избежать общего наркоза, в некоторых случаях усугубляющего состояния шока и дающего нередко тяжелые осложнения со стороны легких, особенно у стариков.

Мы располагаем материалом применения местной анестезии при ампутациях нижних конечностей, начиная с 1933 г. Первый период относится к работе во 2-й хирургической клинике Белорусского мединститута с 1933 по 1935 г.—14 случаев. Второй—к работе в хирургическом отделении 1-й Борисовской совбольницы с 1936 по 1938 г.—8 случаев.

За время с 1933 по 1938 г. произведено 22 ампутации нижних конечностей под местной анестезией. Из этого числа оперировано по поводу травм 9 человек. Из них: по поводу железнодорожных травм—5 человек, по поводу уличных—2 и по поводу прочих травм— 2 человека. Три ампутации произведены по поводу спонтанной гангрены, две—по поводу старческой гангрены и одна—по поводу гангрены на почве тромбофлебита. Одна ампутация сделана по поводу остеомиэлита, три по поводу туберкулеза голеностопного сустава и одна по поводу упорно не заживающих трофических язв стопы и голени. В двух случаях сделаны ампутации по поводу злокачественных новообразований бедра и голени.

Ампутации голени произведены 9 больным, причем в одном случае сделана ампутация обеих голеней. Ампутация бедра сделана в 13 случаях, из которых в одном произведена высокая ампутация обоих бедер. В 6 случаях сделаны костно-пластические ампутации, из которых 5 ампутаций—по Гритти и одна—по Биру. В одном случае ампутации по Гритти произведены одновременно на обеих конечностях.

Женщин оперировано 6, мужчин—16.

По возрасту наш материал распадается следующим образом: от 10 до 20 лет—2 случая, от 20 до 30 лет—4, от 30 до 40 лет—4,

от 40 до 50 лет—6, от 50 до 60 лет—4, от 60 до 70 лет и от 70 до 80 лет—по одному случаю.

Небольшое количество приводимых нами ампутаций (22 за шестилетний период) об'ясняется тем, что показания к ампутациям у нас были чрезвычайно сужены. Мы ставим показания к ампутации лишь в тех случаях, когда имеется уверенность в безусловной гибели конечности. Там, где имеется хоть малейшая надежда на спасение конечности, мы всегда прибегаем к консервативному лечению и даже там, где при первичном осмотре конечность, травматизированная нога казалась потерянной, в дальнейшем, после длительного и упорного лечения, удавалось иногда сохранить ее.

Необходимо отметить, что во многих клиниках и больницах не изжито еще весьма пренебрежительное отношение к столь важным операциям, как ампутации конечностей. «Нет такой операции, к которой хирурги относились бы так поверхностно, как к ампутации» (Богораз). «Ни для кого не секрет, что как в клиниках, так и в больницах и малых хирургических отделениях ампутациями занимаются исключительно молодые хирурги» (Болан).

Между тем, как вопрос показаний к ампутации, так и техника операции, образование и «воспитание» культи годной в дальнейшем к протезированию имеют актуальное значение. Как указывает Майзелис из Института им. Склифасовского, «тяжелый опыт империалистической войны с чрезмерно расширенными показаниями к первичной ампутации дал огромное число инвалидов». По последним данным республиканской армии Испании, количество производимых ампутаций достигает ничтожных цифр в результате стремления хирургов снизить процент инвалидности республиканских бойцов. Особое значение в этом вопросе имеет своевременная и правильная первичная обработка ран.

Проф. Гориневская на своем громаднейшем материале при ранней и правильной первичной обработке ран получает до 80% первичного заживления. В боях у озера Хасан, благодаря самоотверженной работе наших хирургов в непосредственной близости от мест поражения бойцов и вследствие этого ранней первичной обработке ран, количество ампутаций удалось довести буквально до единиц.

На вопросе о показаниях к ампутациям мы считали необходимым остановиться в виду особой актуальности его как в мирной, так и в боевой обстановке. Кроме инвалидности ампутация конечностей и, в особенности, бедра дает значительный процент смертности. Так, по данным Шнее и Соколова из Института им. Склифасофского, смертность от ампутации бедра в Крымской войне была 85%, у Пирогова—53—69%, в империалистической войне во французской армии—свыше 30%. По материалам самих авторов, смертность, при ампутации нижних конечностей (бедра и голени) в травматологическом отделении Института им. Склифасовского составила 15%.

На нашем материале в 22 случаях ампутации нижних конечностей с применением местной анестезии мы имеем лишь один смертельный исход после высокой ампутации обоих бедер, после тяжелой травмы. При этом, если учесть, что 6 ампутаций было произведено лицам в возрасте от 50 до 80 лет, а также значительное количество ампутаций—резко истощенным больным или травматикам в состо-

янии шока, то станет вполне понятным, что снижение процента смертности должно быть отнесено преимущественно за счет применения местной анестезии.

В некоторых из приводимых нами случаев у тяжелых и истощенных больных и особенно у стариков, страдающих нарушением функций внутренних органов, ампутация без местной анестезии была бы почти немыслима.

Технически местная анестезия при ампутациях нижних конечностей производится нами следующим образом. Для анестезии применяется ½-или ¼-процентный раствор новокаина без адреналина (готовится на физиологическом растворе). Обычно мы анестезируем два крупных нервных ствола: седалищный и бедренный нервы. При анестезии седалищного нерва больной лежит на здоровом боку со слегка согнутой больной ногой. На середине линии, соединяющей большой вертел с седалищным бугром, вкалывается вертикально к поверхности кожи длинная игла на глубину 9—10 см. Попадание иглы в седалищный нерв контролируется появлением парэстезий в нижней части голени, пятке или пальцах. Первые 10 см³—периневрально.

Анестезия иннервируемой области наступает через 5—10 минут и длительность ее вполне достаточна даже для сложной пластической операции. Как указывают Шаак и Андреев, эта анестезия может держаться около 2½ часов.

Для анестезии бедренного нерва больной кладется на спину, и ниже пупартовой связки в скарповском треугольнике прощупывается биение бедренной артерии. На 1—1,5 см кнаружи от артерии вкалывается игла на глубину 3—4 см. При этом здесь нет никакой надобности стремиться попасть в самый нерв. Вполне достаточно ввести периневрально 25 см³ анестезирующего раствора.

Иногда, при особенно высоких ампутациях, мы производим еще анестезию запирательного нерва, для чего раствор новокаина вводится под медиальной третью пупартовой связки в легко прощупываемую здесь гребешковую мышцу.

По окончании проводниковой анестезии мы производим еще круговую инфильтрационную анестезию по месту предполагаемого разреза. Сначала анестезируется кожа, затем на 3—4 поперечных пальца выше этого уровня игла вкалывается да самой кости и хорошо анестезируется надкостница. В последнюю очередь инфильтруются новокаином мышцы, причем, как указывает проф. Вишневский, «раствор под сильным давлением при этих условиях пропитает и зальет под общим апоневрозом конечности все ткани, пройдя во все межмышечные промежутки, проникнув, таким образом, и в футляры 2-го порядка, где и встретит все нервы данного уровня конечности».

Вся анестезия поперечного разреза делается после наложения обескровливающего жгута, который еще более усиливает анестезию. В среднем при такой анестезии уходит 250—300 см³ раствора новокаина.

Следует сказать, что во время проводниковой анестезии седалищного нерва, как и других нервных стволов, нет необходимости стремиться попасть обязательно в самый нерв, а достаточно ограничиться периневральным введением анестезирующего раствора, но в несколько большем количестве. Напалков приводит случай, когда

введенный непосредственно в отсепарованный нерв, под контролем глаза, раствор новокаина не вызвал анестезии, в то время как применявшаяся им и нами периневральная ин'екция раствора вызывала анестезию всегда.

Применявшийся нами метод анестезии дал прекрасный эффект во всех без исключения случаях. И при круговых, и при костно-пластических ампутациях бедра и голени, как во время перерезки крупных нервных стволов, так и при обработке костной культи, больные не испытывали никаких болевых ощущений, а в некоторых случаях в течение всей операции находились даже в состоянии эйфории.

Нужно подчеркнуть, что на все операции—ампутации под местной анестезией мы ни в одном случае не имели послеоперационного шока, что совпадает вполне с данными проф. Гусынина и должно быть отнесено исключительно за счет стволовой блокады.

Выводы.

1. Проводниковая анестезия седалищного и бедренного нервов в комбинации с инфильтрационной анестезией области поперечного разреза дает прекрасное обезболивание при всех видах ампутаций нижних конечностей как костно-пластических, так и круговых.

2. Техника местной анестезии при ампутациях нижних конечностей чрезвычайно проста и осуществима в любой обстановке.

3. Применение местной анестезии при ампутациях нижних конечностей значительно снижает процент смертности и послеоперационного шока.

4. Стволовая блокада при травмах конечностей показана с точки зрения профилактики травматического шока и борьбы с углублением шокового состояния после травмы.

5. Местная анестезия позволяет производить ампутации нижних конечностей у глубоких стариков и резко ослабленных суб'ектов с нарушением функций внутренних органов, где применение общего наркоза является недопустимым.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ РЕАКЦИИ ВИДАЛЯ

Т. Х. Магид

Из клиники инфекционных болезней Белорусского мединститута (директор—проф. В. В. Космачевский)

Введенная Видалем в клинику брюшного тифа и паратифа реакция агглютинации основана на наличии в сыворотке крови больного организма специфических антител против палочек брюшного тифа и паратифа. До момента массовых прививок против тифа и паратифа эта реакция при установлении диагноза принималась во внимание при положительном результате даже в очень небольшом разведении, например 1 : 50, которое во многих случаях, как известно, считалось достаточным для решения вопроса о диагностике заболевания. Так, Р. Штехелин утверждает, что реакция Видаля в разведении 1 : 50 должна считаться положительной для указанных заболеваний.

Сам Видаль считал, что разведение 1:10—это уже есть специфическая реакция для брюшного тифа.

В настоящее же время все авторы пришли к одному взгляду: положительная реакция Видаля в низких разведениях не может служить ценным признаком при диагносцировании брюшного тифа и паратифа. Мы теперь хорошо знаем, что положительную реакцию Видаля могут дать и лица, совершенно не болевшие и не болеющие брюшным тифом и паратифом. Так, по данным Бутягина, в Сибири на 1111 человек, не болевших брюшным тифом, реакция Видаля оказалась положительной с палочкой брюшного тифа в 18% случаев,—паратифов «А» и «В»—в 3,5% случаев, а всего в 21,5% исследованных случаев. Камм, Деммемарк нашли 2—3% положительных реакций Видаля у лиц, не отмечавших у себя соответствующих заболеваний (цитировано по Воградику). Безансон и Филибер отмечают, что у некоторых лиц агглютинация наблюдается в разведении 1 : 50. В. М. Берман указывает, что положительная агглютинация с сыворотками в разведении 1 : 50 еще может быть отнесена на счет «нормальных» агглютининов, так как сыворотка некоторых совершенно здоровых людей может содержать агглютинины для многих микробов. Штрюмпель на основании наблюдений пришел к выводу, что иногда сыворотка людей и при других болезнях (заражение B. Coli comm., желтуха) производит агглютинирующее действие на бациллы тифа (групповая реакция).

Обратного мнения придерживается Л. Т. Марголина. Она считает, что у здоровых людей, а также больных другими инфекционными

заболеваниями реакция Видаля обыкновенно не получается, по крайней мере, при таких разведениях, как 1 : 50 и выше.

Положительную реакцию Видаля мы часто наблюдаем, хотя и не в высоких разведениях, у лиц, получивших прививки против брюшного тифа и паратифа. При этом надо сказать, что, когда данная категория лиц подвергается действию какой-либо неспецифической инфекции, реакция Видаля в большинстве случаев резко повышается. Кроме того, в течение длительного времени могут давать положительную реакцию Видаля и лица, переболевшие брюшным тифом и паратифом. И, наконец, бациллоносители в течение всего периода носительства также могут давать положительную реакцию Видаля. В этом вопросе существует единое мнение всех авторов.

Теперь возникает вопрос: какой же титр реакции агглютинации, т. е. реакции Видаля, мы должны считать специфическим при брюшном тифе и паратифе. На этот вопрос не все авторы дают одинаковый ответ. Одни (Ивашенцев, Маттэс, Штрюмпель, Сутин и др.) считают, что у небрюшнотифозных титр агглютинации большей частью не превосходит разведения 1:100. У привитых же против брюшного тифа и паратифа, но не болеющих этими заболеваниями, чаще всего реакция агглютинации бывает также в разведении 1 : 100. Некоторые (Берман, Колтыпин и др.) считают, что агглютинация, начиная с разведения 1 : 100 и 1 : 200, зависит обычно от наличия инфекции.

Вопрос этот актуален и мы считаем необходимым поделиться данными нашей клиники. Изучая реакцию Видаля при разных заболеваниях, на огромном материале, прошедшем через нашу клинику, мы получили результаты, которые представляют несомненный интерес.

Реакция Видаля с палочкой брюшного тифа и паратифа ставилась нами у целой группы как остролихорадящих больных, так и нелихорадящих, которые поступали в клинику без всяких подозрений на брюшной тиф и паратиф. Само собой разумеется, что больные с подозрением на брюшной тиф и паратифы в расчет не принимались. Брюшной тиф и паратиф у изучаемых нами больных исключались клинической картиной заболевания, картиной крови, серологическими и другими реакциями.

Разработанный нами материал клиники охватывает 1243 случая разных заболеваний как инфекционных, так и неинфекционных, исключая брюшной тиф и паратифы, при которых была поставлена реакция Видаля.

При обследовании 450 случаев сыпного тифа в 109 случаях (24,2%) получена положительная реакция Видаля; из них в разведении 1 : 50—31 случай (7%), 1 : 100—41 случай (9%), 1 : 200—20 случаев (4,45%), 1 : 400—15 случаев (3,3%) и 1 : 800—2 случая (0,45%).

Из обследованных 296 случаев гриппа в 67 случаях (22,6%) получена положительная реакция Видаля, из коих в разведении 1 : 50—19 случаев (6,7%), 1 : 100—23 случая (7,7%), 1 : 200—14 случаев (4,6%), 1 : 400—7 случаев (2,3%) и 1 : 800—4 случая (1,3%).

Из обследованных 151 случая малярии в 30 случаях (20%) мы получили положительную реакцию Видаля, из коих в разведении 1 : 50—5 случаев (3,3%), 1 : 100—7 случаев (4,7%), 1 : 200—10 случаев (6,7%) и 1 : 400—8 случаев (5,3%).

Из обследованных 24 случаев пиэлита в 6 случаях (25%) мы имели положительную реакцию Видаля, из них в разведении 1:100—2 случая (8,3%), 1 : 200—2 случая (8,3%) и 1 : 400—2 случая (8,3%).

Из 3 обследованных случаев скарлатины мы в двух из них имели положительную реакцию Видаля в разведении 1 : 200.

Отрицательные реакции Видаля мы получили у 59 больных разными болезнями (гастроэнтерит, отит, острый колит, гельминтиазис, холецистит, миокардит, тромбофлебит, порок сердца, гепатит, перитонит, сифилис, эндометрит и др.).

Не желая загромождать работу подробным разбором каждой группы заболеваний в отдельности, мы ограничимся приведением таблицы, показывающей частоту положительных реакций Видаля у больных, при отсутствии у них брюшнотифозных и паратифозных заболеваний.

№№ п/п	Название болезни	Число случаев	Реакция Видаля							
			С отрицательным результатом	Всего	С положительным результатом в разведении					
					1 : 50	1 : 100	1 : 200	1 : 400	1 : 800	1 : 1600
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Сыпной тиф .	450	341	109	31	41	20	15	2	—
2	Грипп	296	229	67	19	23	14	7	4	—
3	Малярия . .	151	121	30	5	7	10	8	—	—
4	Пневмония . .	72	62	10	2	4	2	2	—	—
5	Трихиноз . .	27	22	5	—	2	3	—	—	—
6	Пиэлит . . .	24	18	6	—	2	2	2	—	—
7	Туберкулез легких . . .	18	16	2	—	1	1	—	—	—
8	Туб. менингит	12	8	4	3	—	1	—	—	—
9	Менингит . .	11	8	3	1	1	1	—	—	—
10	Эритема нодозум	10	9	1	1	—	—	—	—	—
11	Сепсис . . .	10	9	1	1	—	—	—	—	—
12	Ангина . . .	11	8	3	—	1	—	1	1	—
13	Эксудативный плеврит . .	10	7	3	1	1	1	—	—	—
14	Бронхоаденит	11	9	2	—	2	—	—	—	—
15	Нефрозо-нефрит	7	6	1	—	1	—	—	—	—
16	Ревматизм . .	7	4	3	2	—	—	1	—	—
17	Инфекц. эритема	5	4	1	1	—	—	—	—	—
18	Дизентерия . .	9	5	4	2	—	1	1	—	—
19	Бронхит . . .	4	3	1	1	—	—	—	—	—
20	Пиэлоцистит	3	2	1	—	1	—	—	—	—
21	Скарлатина .	3	1	2	—	—	2	—	—	—
22	Эритема мультиф	2	1	1	1	—	—	—	—	—

№№ п/п	Название болезни	Число случаев	Реакция Видаля							
			С отрицательным результатом	Всего	С положительным результатом в разведении					
					1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	Милиарн. туберкулез . .	3	2	1	—	—	1	—	—	—
24	Рожа . . .	2	1	1	—	1	—	—	—	—
25	Лимфаденит .	2	1	1	—	—	—	1	—	—
26	Туб. плеврит	2	1	1	1	—	—	—	—	—
27	Эндокардит .	2	—	2	1	—	—	1	—	—
28	Язва 12-перстной кишки .	1	—	1	1	—	—	—	—	—
29	Артрит . . .	1	—	1	—	1	—	—	—	—
30	Эксуд. перикардит . . .	1	—	1	1	—	—	—	—	—
31	Синус тромбозис	1	—	1	—	—	1	—	—	—
32	Паранефрит .	1	—	1	1	—	—	—	—	—
33	Пиосальпинкс	1	—	1	—	1	—	—	—	—
34	Аппендик. абсцесс . . .	1	—	1	—	1	—	—	—	—
35	Пищевая интоксикация .	1	—	1	1	—	—	—	—	—
36	Абсцесс ягодицы	1	—	1	—	—	—	1	—	—
37	Инфаркт легкого	1	—	1	—	1	—	—	—	—
38	Миастения сердца . . .	1	—	1	—	—	1	—	—	—

Как выше упоминалось, давно установлен взгляд, что у лиц, которым сделана прививка против брюшного тифа и паратифа, мы можем получить положительную реакцию Видаля. Если же эти лица подвергаются неспецифической инфекции, то реакция агглютинации может резко повышаться. Стоя на этой точке зрения, все же отдельные авторы придерживаются разных взглядов на максимальный титр реакции Видаля у привитых. Так, Безансон и Филибер называют предельный титр в 1 : 50. Другие авторы определяют его разведением 1:100.

Данными нашего материала установлено, что из 183 привитых, подвергавшихся заболеваниям не тифо-паратифозной группы, положительная реакция Видаля получилась в 76 случаях (41,5%); из них в разведении 1 : 50—11 случаев (6%), 1 : 100—28 случаев (15,4%), 1 : 200—19 случаев (10,5%), 1 : 400—14 случаев (7,2%), 1 : 800—4 случая (2,4%).

Нижеследующая таблица характеризует частоту положительных

реакций Видаля при разнообразных заболеваниях у лиц, привитых против брюшного тифа и паратифа.

№№ п/п	Название болезни	Число привитых	Из них						
			С отрицательной реакцией Видаля	С положительной реакцией Видаля в разведении					
				Всего	1 : 50	1 : 100	1 : 200	1 : 400	1 : 800
1	Сыпной тиф	50	25	25	3	9	8	4	1
2	Грипп	55	33	22	5	8	3	4	2
3	Малярия	34	22	12	—	4	3	5	—
4	Трихиноз	9	8	1	—	1	—	—	—
5	Пневмония	4	4	—	—	—	—	—	—
6	Туберкулез легких	2	1	1	—	1	—	—	—
7	Пиэлит	4	1	3	—	1	2	—	—
8	Колит	1	1	—	—	—	—	—	—
9	Абсцесс ягодицы .	1	—	1	—	—	—	1	—
10	Бронхит	1	1	—	—	—	—	—	—
11	Инфаркт легкого .	1	—	1	—	1	—	—	—
12	Эритема мультиф. .	1	—	1	1	—	—	—	—
13	Сепсис	2	2	—	—	—	—	—	—
14	Дизентерия	3	2	1	—	—	—	—	—
15	Туб. менингит . .	1	—	1	1	—	—	—	—
16	Миастения сердца .	1	—	1	—	—	1	—	—
17	Инфек. эритема . .	2	2	—	—	—	—	—	—
18	Туб. плеврит . . .	1	1	—	—	—	—	—	—
19	Ангина	2	—	2	—	2	—	—	—
20	Язва 12-перстной кишки	1	—	1	1	—	—	—	—
21	Артрит	1	—	1	—	1	—	—	—
22	Эритема нодозум .	1	1	—	—	—	—	—	—
23	Ревматизм	1	—	1	—	—	1	—	—
24	Менингит	1	1	—	—	—	—	—	—

Зная, что лица, переболевшие брюшным тифом и паратифом, могут дать положительную реакцию Видаля, мы интересовались, кто из наших больных перенес ранее брюшной тиф или паратиф. Выяснилось, что из приведенного выше числа больных 60 человек перенесли когда-то брюшной тиф. Из этих 60 человек положительную реакцию Видаля дали 13 человек, или 21,7%; из них в разведении 1 : 50—5 человек, 1 : 100—3 человека, 1 : 200—2 человека, 1 : 400—1 человек и 1 : 800—2 человека.

Помещаемая ниже таблица отражает частоту положительных реакций Видаля при разных заболеваниях у лиц, перенесших ранее брюшной тиф.

№№ п/п	Название болезни	Число случаев, в анамнезе которых имеются заболевания брюшным тифом	Из них							
			Отрицательная реакция Видаля	Положительная в разведении						
				Всего	1 : 50	1 : 100	1 : 200	1 : 400	1 : 800
1	Грипп	17	12	5	1	2	1	—	1
2	Сыпной тиф .	15	12	3	1	1	—	—	1
3	Малярия . . .	11	8	3	1	—	1	1	—
4	Пневмония . .	3	3	—	—	—	—	—	—
5	Трихиноз . . .	3	3	—	—	—	—	—	—
6	Инф. эритема	1	—	1	1	—	—	—	—
7	Дизентерия . .	2	1	1	1	—	—	—	—
8	Сепсис	1	1	—	—	—	—	—	—
9	Пиэлит	1	1	—	—	—	—	—	—
10	Холецистит . .	1	1	—	—	—	—	—	—
11	Нефрозо-нефрит	1	1	—	—	—	—	—	—
12	Менингит . . .	1	1	—	—	—	—	—	—
13	Другие заболевания . . .	3	3	—	—	—	—	—	—

Кроме того, в одном случае трихиноза в анамнезе больного отмечался перенесенный ранее паратиф «В», а реакция Видаля с культурой паратифа «В» была отрицательной.

Во многих случаях реакция Видаля ставилась повторно (до 5—6 раз). Результаты показывали, что зачастую последующие реакции давали понижение титра агглютинации. Это вполне закономерно, так как основная микробная флора данного заболевания подавляет антигены других заболеваний, участвующих в групповой реакции агглютинации.

Мы полагаем, что положительная реакция Видаля, наблюдаемая при заболеваниях за исключением брюшного тифа и паратифа, об'ясняется тем, что сыворотка больных при этих заболеваниях по своему физико-химическому состоянию приближается к сыворотке больных брюшным тифом и паратифом по отношению к палочке брюшного тифа и паратифа. Этого взгляда придерживается и целый ряд авторов.

Заканчивая настоящее изложение, мы позволим себе привести экспериментальные данные Alessi E. (Alessi E. Giorn. Med. Militaire 1936.2), которые позволили автору притти к заключению о полной возможности вызвать серологическую реакцию агглютинации путем повторных вдыханий взвешенной в воздухе гидрированной вакцины. Автор изучал на кроликах возможность практического применения иммунизации ингаляционным путем. В значительной части случаев эффект был выше, нежели при подкожной вакцинации, при которой автор получал более низкий титр реакции Видаля по сравнению с противотифозной вакцинацией методом ингаляции. Слизистая дыхательных путей в адсорбции антигена (антитифозная вакцина по

способу Пфейфера-Колле) принимает участие, как утверждает автор, по всей своей поверхности. На основании этого он предполагает возможность инфекционных заболеваний, в частности брюшно-и паратифозных, через дыхательные пути.

Выводы.

1. Положительная реакция Видаля в разведении ниже 1 : 200, при отсутствии клинической картины заболевания, ни в коем случае не может служить диагностическим признаком брюшного тифа или паратифа.

2. В случаях, когда больные являются привитыми против брюшного тифа или паратифа, положительная реакция Видаля у них при других заболеваниях достигает 40 с лишним процентов.

3. Частота положительных реакций Видаля при разных заболеваниях у лиц, перенесших ранее брюшной тиф и паратиф, не превышает процента положительных реакций Видаля у лиц, которые ранее не переносили этих заболеваний. На нашем материале этот процент даже ниже.

4. Диагностическую ценность реакция Видаля приобретает лишь в разведении 1 : 200 и выше, при обязательной полной клинической картине заболевания.

5. В тех случаях, когда реакция Видаля, полученная у лиц с небрюшнотифозными и непаратифозными заболеваниями, производится повторно, последующие реакции дают понижение титра их.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ КВАРЦЕВОЙ ЛАМПОЙ И РАСТВОРОМ ЛЯПИСА

А. Е. Розенгауз, А. Я. Малышева, Е. А. Гурвич

Из Белорусского кожно-венерологического института
(директор—проф. А. Я. Прокопчук)

Проблема терапии эндоцервицитов и эрозий является в настоящее время очень актуальной; методов лечения эрозий очень много. Все терапевтические мероприятия сводятся к тому, чтобы дать возможность плоскому эпителию разростись на изолированном участке. Рекомендуется медикаментозное лечение в форме спринцеваний дезинфицирующими веществами (Окинчиц, Штеккель, Опиц), назначение ванночек по Менге, формалин, алкоголь. Некоторые авторы назначают ксероформ и тампонаду. В 1933 г. Фишер сообщил о лечении эрозии прижиганием термокаутером.

В первом М. М. И. проводили лечение эрозий цинкогальванизацией и кюритерапией, причем выздоровление было в 78% случаев, отрицательный результат—в 16% и осложнения—в 6% случаев.

Московский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества предложил лечение эрозий жжеными квасцами, применяемыми в виде сухой присыпки с последующим спринцеванием двухпроцентным раствором тех же квасцов.

Рекомендованы также внутришеечные ин'екции аммиачных растворов солей серебра (Кричевский и Вербатус). Проф. Окинчиц предложил лечение эрозий шейки матки культурой болгарской палочки. Тампоны, смоченные болгарской палочкой, вводились во влагалище через зеркало.

Последняя работа 1-го ММИ в этой области говорит о внутрицервикальной ионогальванизации с применением аммонийных растворов солей серебра. Причем все случаи простых эрозий дали положительный результат. Фоликулярные эрозии тоже закончились излечением. У одной больной папилярной эрозией лечение не дало никакого эффекта.

В нашем Институте последнее время довольно успешно применяется лечение глубоких язв на коже кварцевой лампой с предварительным смазыванием язвы двух-трехпроцентным раствором азотнокислого серебра.

Бах утверждает, что кварцевая лампа оказывает на раны дезинфицирующее действие. Особенно хорошее действие оказывает кварцевая лампа при ранах с вялыми грануляциями. Шенбауэр

считает, что кварцевая лампа дает хорошие результаты при торпидных язвах, так как способствует очень быстрому их заживлению. Фольк того мнения, что кварц особенно хорошо действует, когда лечение ран затягивается, и мы имеем дело с вялыми грануляциями. После облучения кварцем грануляции становятся более свежими и рана постепенно заживает.

По предложению проф. Прокопчука, по аналогии с лечением кожных язв, нами было проведено лечение эрозий шейки матки облучением кварцевой лампой с предварительным смазыванием шейки матки двухпроцентным раствором азотно-кислого серебра. Методика эта состоит в следующем. Больная укладывается на кушетке в кварцевом кабинете. Через зеркало Куско смазывается эрозия шейки матки двухпроцентным азотно-кислым серебром. После этого ставится кварцевая лампа между ногами больной, горелка опускается вниз на расстоянии 20 см от зеркала Куско. Половые органы и внутренняя поверхность бедер закрывается простыней; незакрытым остается только зеркало. Кварцетерапия начинается с 5 минут, причем доза увеличивается постепенно до 10 минут.

По такому методу нами проведено 44 больных с эрозиями шейки матки, из которых 42 были гонорройного происхождения и 2— с негонорройными эрозиями. Из них раньше лечились 25 больных. Нигде не лечились—19 больных.

По возрасту наши больные распределяются следующим образом:

От 20 до 25 лет	19 человек
„ 26 „ 30 „	9 „
„ 31 „ 35 „	7 „
„ 36 „ 40 „	7 „
выше 40 „	4 „

По давности заболевания больные распределены следующим образом:

До 1 года болели	14 больных
от 1 до 3 лет	19 „
от 3 до 5 лет	11 „

Светлые выделения были у 7 больных, слизисто-гнойные выделения—у 33 и кровянисто-слизистые—у 4 больных. Из этой группы у 44 больных был обнаружен гонококк в 23 случаях. По характеру эрозии различались:

простых эрозий	26
фоликулярных	13
папилярных	5

Получили 5 сеансов облучения кварцем, после чего наступило полное заживление эрозии,—10 больных, 10 сеансов—13 больных, 15 сеансов—12 больных, 20 сеансов—5 больных, выше 20 сеансов— 3 больных. Больше 20 сеансов получили больные с папиллярными эрозиями, причем у одной больной мы получили не полное заживление эрозии, а только значительное улучшение.

Мы отметили и некоторые осложнения у нашей группы больных. Так боли внизу живота появились у одной больной после третьего облучения шейки матки. Кровоточивость эрозий во время облучения была у 3 больных.

У 42 больных было стойкое заживление эрозий шейки матки, прослеженное в течение довольно большого срока. Рецидивы эрозий мы отметили у двух больных: у одной через 6 месяцев после облучения, у другой—через 9 месяцев. Помимо заживления эрозий у некоторых наблюдалось видимое уменьшение размеров шейки матки и изменение характера выделений (они становились светлей). Ухудшения процесса при восходящей гоноррее мы не наблюдали.

Кроме кварцевой лампы и двухпроцентного серебра во все время лечения мы ничего другого на шейку матки не назначали; не проводили также и промывания влагалища. Мочеиспускательный канал, прямая кишка и вестибулярные железы, если они были поражены, лечились соответствующим образом.

Выводы.

1. Облучение кварцевой лампой совместно с азотно-кислым серебром шейки матки является одним из верных средств в арсенале способов лечения эрозий шейки матки.
2. В большинстве случаев этот способ дает стойкое излечение эрозий.
3. Никаких побочных явлений, ни ухудшения состояния болезни кварц не дает.
4. На общее течение гонорреи этот метод видимого влияния не оказывает.
5. Этот метод нуждается в дальнейшей разработке.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

СЛУЧАИ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ IV ЖЕЛУДОЧКА

Д-р А. В. Бондарчук

Из Ленинградского нейро-психиатрического института им. Бехтерева (директор—заслуженный деятель науки, проф. А. В. Гервер, заведующий нейро-хирургическим отделением—д-р А. В. Бондарчук)

Lereboullet в своей монографии: «Опухоли IV желудочка», собрав к 1934 году всю мировую казуистику, насчитывает 123 больных с опухолями указанной локализации, подвергшихся оперативному вмешательству.

В значительном большинстве случаев производится частичное удаление новообразования. Случаи радикального удаления опухоли IV желудочка являются единичными.

Приводимое ниже наблюдение представляет интерес благодаря радикальности хирургического вмешательства, особенностям гистологической структуры новообразования и особенностям неврологической симптоматологии.

Больная М. А., 38 лет, педагог, заболела 1 год 3 мес. назад. Заболевание началось с онемения кончиков пальцев правой кисти и стреляющей боли в области затылка, усиливавшейся при кашле, натуживании. Вскоре появилось быстро прошедшее онемение и в пальцах левой кисти. Постепенно расстройство чувствительности захватывало всю кисть. К этому же времени у больной появилось чувство стянутости в правой лопатке, плече, бедре и онемение кончиков пальцев правой стопы. Чувство связанности захватило постепенно всю правую половину тела, поднимаясь снизу вверх. В настоящее время она жалуется на тяжесть в затылке, стянутость правых конечностей и верхней левой, глубокий левосторонний парез и паралич справа. Наследственность свободна. Работу оставила 2½ месяца назад. Лечилась физическими методами. Поступила в отделение с диагнозом высокой шейной опухоли, переходящей в продолговатый мозг, лежащей слева. Status praesens. Больная среднего роста, правильного сложения, среднего питания. Череп правильной формы, безболезненный при перкуссии. Нерезко выраженное вынужденное положение головы. Движения в стороны: сгибание, разгибание—в нормальных пределах. Черепно-мозговые нервы: застойные явления на глазном дне отсутствуют. Утрата болевой и понижение тактильной чувствительности в задних отделах и книзу, иннервируемых тройничным нервом справа. Слабость обеих грудинно-ключично-сосковых мышц, не резко выраженная афония, иногда поперхивание при еде. В остальном—никаких изменений со стороны черепно-мозговой иннервации.

Верхние конечности. Спастический паралич правой верхней конечности и того же характера глубокий парез левой. Мышечный тонус повышен больше справа. Все сухожильные и периостальные рефлексы повышены больше справа.

Туловище. Брюшные рефлексы отсутствуют с обеих сторон. Нижние конечности: спастический паралич левой и глубокий спастический парез правой нижней конечности. Коленные и Ахилловы рефлексы резко повышены больше справа. Отдельные клонусовидные подергивания коленной чашки справа. Двухсторонние симптомы Бабинского, Мендель-Бехтерева.

Чувствительность. Все виды поверхностной чувствительности резко понижены, начиная с C_1 справа, и нармальны слева. Глубокое мышечно-суставное чувство нарушено в левой кисти и правых конечностях. В кровати сидит самостоятельно, стоять не может. Почти все время находится в лежачем положении. Рентгенография шейного отдела позвоночника и черепа изменений не выявила. Серелогические реакции—отрицательны.

Операция 5. VIII. 1938 (д-р А. В. Бондарчук). Местная анестезия. Разрез по средней линии от протуберанта до уровня остистого отростка C_7. Обнажение чешуи затылочной кости книзу от протуберанта, остистых отростков и дужек C_1—C_6. Ляминэктомия C_1—C_6. Эпидуральной клетчатки нет, дуральный мешок напряжен, пульсаторных движений нет. Пальпация ничего патологического не определяет. Удаление чешуи затылочной кости 6×4 см. Твердая мозговая оболочка в области гемисфер мозжечка припаяна интимно к чешуе затылочной кости и удаляется вместе с последней при выкусывании ее. Затылочный и циркулярный синусы облитерированы.

Обе гемисферы мозжечка (больше левая) приподняты кверху и кпереди. Червь отдавлен кверху и во внутрь опухолью бледновишневой окраски с округлыми краями, величиною в маленький мандарин. Опухоль располагается по средней линии, несколько больше слева. Она полностью тампонирует отверстие Мажанди и уходит на ⅔ в полость IV желудочка. Имеет очень нежную с мельчайшими сосудами капсулу, которая легко снимается мозговыми лопатками с основной ткани новообразования. Нижний полюс опухоли располагается на уровне верхнего края атланта.

При операции удаляется очень осторожно капсула опухоли и медленно, в несколько приемов удается вывихнуть en bloc всю опухоль из полости IV желудочка. Опухоль рыхло, многочисленными, очень тонкими тяжами спаяна с ромбовидной ямкой и обеими recessus lateralia. Во время вывихивания опухоли у больной задержка и кратковременная остановка дыхания. По удалении опухоли на дне ромбовидной ямки, резко расширенной в стороны и в переднезаднем направлении, червеобразно извитая лежит art. cerebelli. inf. post. Опухоль удалена полностью. Небольшое кровотечение останавливается легкой тампонадой марлевой лентой, смоченной в перекиси водорода. Швы на мышцы и кожу.

Удаленная опухоль округлой формы, мягкой консистенции, бледного вишнево-красного цвета, весом в 12.0. Гладкий послеоперационный период. Через три недели больная начала ходить, через два месяца полное восстановление двигательных и чувствительных нарушений.

При микроскопическом исследовании (д-р Гаккель), ткань опухоли состоит из расположенных концентрическими слоями, тесно прилегающих друг к другу клеток с овальным, интенсивно окрашенным ядром. Центром этих слоистых альвеол являются частью тонкостенные, выполненные кровью, часто с более толстой гомогенизированной стенкой кровеносные сосуды. Микроскопический диагноз: гемангиоэндотелиома, исходящая из сосудов сосудистого сплетения IV желудочка.

В приводимом нами случае значительный интерес представляет также редко наблюдающаяся гистологическая структура новообразования и необычность клинического течения.

Заболевание началось с чувствительных расстройств: появилось чувство онемения в пальцах кисти, затем появилось и быстро исчезло такое же онемение в пальцах правой верхней конечности. Расстройства об'ективной чувствительности представляли собою своеобразные особенности, отмеченные выше. Появление двигательных нарушений на стороне утраты болевой чувствительности говорит за то, что поражение произошло выше перекреста пирамид.

Остается неясным, почему заболевание началось с чувствительных, а не с двигательных расстройств, хотя пирамидные пути располагаются наиболее поверхностно. Этот факт говорит против непосредственного сдавливания опухолью продолговатого мозга, а вышеуказанные нарушения чувствительности дают право поставить их в зависимость от вторичных, вызываемых опухолью изменений (сосудистые поражения, отек).

Раздельное поражение сначала руки, потом ноги как будто подчеркивает факт наличия отдельных пучков для руки и ноги в пирамидных волокнах, что защищается Strohmayer'ом, Wolenberg'ом, Volkenburg' ом.

Боли в затылке и шее, которые у больной появились в начале заболевания, следует поставить в связь с раздражением корешков, а возможно также и раздражением спинно-талямического пути. Любопытным является и то, что устранение компрессии, вызванной опухолью, несмотря на глубокие функциональные нарушения двигательной сферы, дало полное и быстрое восстановление нарушенных функций. Непонятным также является и факт отсутствия застойных явлений, несмотря на казалось бы полную тампонаду полости IV желудочка и дистального отдела Сильвиева водопровода опухолью.

Отсутствие симптомокомплекса Брунса, мозжечковых расстройств, характер развития проводниковых, двигательных и чувствительных расстройств, а также наличие корешковых болей—в наибольшей мере напоминали новообразование высокой шейной локализации, так называемую группу медулло-спинальных опухолей. Основываясь на только что упомянутых неврологических данных, до операции был поставлен диагноз опухоли медулло-спинальной локализации.

Двигательные расстройства не типичны для опухолей IV желудочка и встречаются (и то не часто) в виде легких пирамидных симптомов, в результате раздражения пирамидных путей. Значительно реже наблюдаются расстройства об'ективной чувствительности при локализации процесса в IV желудочке. Так, известны всего 8 наблюдений с расстройствами об'ективной чувствительности на 320 случаев опухолей IV желудочка.

Следует упомянуть еще о том тягостном чувстве стягивания во всей парализованной половине тела, которое имелось у больной. Болезненное стягивание в мышцах правых конечностей и туловища было особенно невыносимым, приобретая периодами характер мышечных и спазматических сокращений.

Нельзя представить, чтобы только раздражение задних корешков могло вызывать эти парэстезии. По всей вероятности, их следует отнести в значительной мере за счет раздражения спинно-талямического пучка.

Заметный интерес в нашем случае представляла собою и техника операции. Общепринятым способом вскрытия задней черепной ямки является способ Cushing'а, дающий возможность наиболее широкого и щадящего доступа к субтенториально располагающимся образованиям. В 1926 г. Towne предложил делать разрез мягких покровов шейно-средней линии с максимальным разведением мышц в стороны при помощи крючков, для удаления опухолей срединной линии и, в частности, новообразований IV желудочка. В указанном предложении устранялись известные недостатки задне-черепной краниэктомии по Cushing'у. Подкупающими являлась простота оперативной техники, сохранение нетронутым нервно-мышечного аппарата шеи и меньшая опасность шока.

V. Bogaert и Martin упоминают об одном случае операции по Towne'у, неблагоприятно отзываясь о ней.

Произведя ляминэктомию и не найдя опухоли в верхних шейных сегментах, мы продолжили срединный разрез кверху с последующей трепанацией и выкусыванием чешуи затылочной кости и боль-

шого затылочного отверстия. Полученный доступ дал нам полную возможность удалить большую опухоль IV желудочка. Примененный нами также и во втором случае срединный разрез для удаления множественных цистицерков IV желудочка позволяет нам рекомендовать способ Towne'а в случаях новообразований, располагающихся по средней линии, как наиболее простой и вполне обеспечивающий необходимые условия оперативного вмешательства.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР
№ 3—4 1939 г.

АБСЦЕСС БРОДИ В ЛОКТЕВОЙ КОСТИ

Е. Я. Грингауз

Из 3-й хирургической клиники (директор—проф. В. В. Бабук) и рентгенологического кабинета 1-й сов. больницы (заведующий - д-р А. Д. Таубкин).

Абсцесс Броди относится к числу сравнительно редко встречающихся заболеваний. Клиническую и патолого-анатомическую картину этого хронически протекающего костного абсцесса впервые подробно описал в 1830 г. английский хирург Броди. Количество случаев, описанных до настоящего времени, доходит до 300.

Костный абсцесс поражает, главным образом, длинные трубчатые кости, преимущественно их проксимальные метафизы. Мелкие же и плоские кости почти не поражаются.

Наиболее частым местом расположения гнойника служит проксимальный метафиз большеберцовой кости. Локализация процесса в других костях и, в частности, в дистальном метафизе локтевой кости является редкостью. В доступной мне литературе я нашел описание только трех случаев (Томсон—2 случая, Гольдшейн и Курбангалеев—1 случай).

Среди шести случаев абсцесса Броди, прошедших через нашу клинику за 1936—1937 гг. был случай локализации гнойника в локтевой кости, а поэтому мы считаем небезынтересным ввиду редкости такой локализации описать его. Прежде, чем перейти к описанию нашего наблюдения, мы позволим себе вкратце остановиться на патогенезе и клинике данного заболевания.

Несколько слов о происхождении абцесса Броди. Согласно известным исследованиям Лексера, костный гнойник образуется вследствие закупорки гнойным эмболом одной из конечных артериальных ветвей путем заноса гнойного возбудителя из первичного гнойного фокуса, обычно скрытого, а также, как это описано в литературе, из остеомиэлитического очага другой локализации. Так, в 145 случаях, сообщенных Томсоном, у 122 больных (84%) в анамнезе был найден остеомиэлит.

Патолого-анатомическая картина заболевания: полость, расположенная в губчатом веществе кости, часто под корковым слоем, овальной или шаровидной формы, диаметром в 2—4 см, заполненная чаще всего гноем, количество которого бывает различно. В содержимом гнойника находят обычного возбудителя этого заболевания—золотистого или белого стафилококка (реже стрептококка и тифозную палочку), вирулентность которого может сохраниться десятки лет.

Иногда гной стерилен, что обуславливается гибелью гноеродных возбудителей в замкнутой полости.

Благодаря реактивному процессу, вокруг гнойного очага образуется плотная пиогенная оболочка и зона остеосклероза, окружающая полость в виде капсулы. Периостальные наслоения, если они и наблюдаются, выражены в очень незначительной степени. Особенностью костного абцесса является чрезвычайно редко наступающая секвестрация, и еще реже—прорыв гнойника в близлежащий сустав. Клинически в некоторых случаях на первый план выступают явления со стороны соседнего сустава, затемняющие порой картину основного заболевания. Боли, появляющиеся периодически и усиливающиеся в особенности после физической нагрузки и по ночам, продолжаются в течение ряда лет, никогда совершенно не исчезая. Мягкие ткани временно припухают, общая температура нормальная, в картине крови редко отмечается лейкоцитоз.

Рентгенологическая картина довольно типична: округлой или овальной формы полость с гладкими, ровными краями, окруженная



склерозированным ободком и расположенная изолированно в губчатом веществе метафизарного конца трубчатой кости.

Таким образом, клинические признаки и рентгенологическая картина костного абсцесса Броди довольно характерны по сравнению с хроническим вульгарным остеомиэлитом и саркомой и дифференцировать их не представляет особых трудностей.

Возможность туберкулезного остита исключается на основании того, что он располагается в эпифизарных отделах трубчатых костей, имеет неправильной формы очаг с из'еденными контурами, в котором содержится типичный губчатый секвестр. Туберкулез рано прорывается в сустав и наружу. Метатифозный абсцесс поражает диафиз длинных трубчатых костей, локализуясь в кортикальном слое, часто содержит секвестр. По размерам метатифозный гнойник уступает костному абсцессу Броди.

Центральная гумма редко остается одиночной и не распространяется вдоль длинника кости, не имеет пиогенной оболочки, не достигает больших размеров.

Костная изолированная киста отличается многокамерностью рисунка с костными перекладинами, расположенного среди нормальной костной ткани, и истончением кортикального слоя, чего не бывает при абсцессе Броди.

Переходим к описанию нашего случая.

2. IV. 1937 красноармеец Е. И., 23 лет, был направлен в рентгенологический кабинет 1-й сов. больницы с жалобами на боли в левом лучезапястном суставе, усиливающиеся после тяжелой работы. Считает себя больным два года. Настоящее заболевание связывает с нарывом на пальце левой руки, из которого «выделялись косточки», а через 4 месяца заболел и лучезапястный сустав. Периодически появлялась припухлость и болезненность в суставе. Лечился, но улучшения не отмечал. В 1936 г. работал плотником. Четыре месяца назад боли возобновились и усиливаются после тяжелой работы.

Status praesens: Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Сердце и легкие—норма.

В дистальной трети левого предплечья имеется припухлость, более резко выступающая в области локтевой кости. Активные и пассивные движения болезненны. На рентгенограмме: в дистальном метафизе локтевой кости определяется овальной формы полость, расположенная субкортикально с гладкими, ровными краями и окруженная склерозированным губчатым веществом (см. рис.)

Заключение: костный абсцесс Броди. На предложенное оперативное лечение больной согласился.

3. IV 1937 больной был подвергнут операции (д-р Школьников). Под местной анестезией разрез по наружной поверхности нижней части предплечья, мышцы расслоены тупо. Трепанирована долотом кость, значительно дистальней удается пройти в полость, выполненную грануляциями. Грануляции удалены острой ложечкой, полость протерта спиртом, эфиром и залита глутином. Швы на мышцу и кожу.

В гною, добытом из полости, при бактериологическом исследовании, обнаружен золотистый стафилококк.

Послеоперационное течение—гладкое.

Выписан 14. IV 1937.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ В БССР

А. А. Липманова

Из сектора санитарной статистики Института социалистического здравоохранения и гигиены (зав.—Н. И. Говор)

Среди мероприятий партии и правительства, направленных к охране здоровья трудящихся, особое место занимает беспрестанная забота о работниках здравоохранения. Успех каждого дела «решают люди, кадры». Отсюда понятно то огромное внимание, которое партия и правительство уделяют вопросу о медицинских кадрах.

Эти внимание и забота особенно возросли в период второй пятилетки, когда экономический фундамент социалистического общества был в основном построен и одной из первых стала задача резкого под'ема материального и культурного уровня трудящихся.

Еще на XVII С'езде ВКП(б) со всей остротой был поставлен вопрос о медицинских кадрах. Тов. Сталин отметил, что... «медицинские «факультеты» все еще находятся у нас в загоне. Это большой недостаток, граничащий с нарушением интересов государства. С этим недостатком надо обязательно покончить».

За этим указанием тов. Сталина последовал ряд мероприятий, направленных к улучшению подготовки медицинских кадров, улучшению их материального положения и укреплению сети лечебно-санитарных учреждений в городе и на селе: 1. Постановление ЦИК СССР от 3 сентября 1934 г.—о подготовке врачей. 2. Постановление СНК СССР и ЦК ВКП(б) от 4 марта 1935 г.—о повышении заработной платы медицинским работникам. 3. Постановление СНК СССР—апрель 1938 года—об укреплении сельского врачебного участка.

Постановление советского правительства об укреплении сельского врачебного участка, принятое в целях улучшения медицинского обслуживания сельского населения, является блестящим примером той исключительной заботы о трудящихся, которую проявляет советская власть, коммунистическая партия и лично тов. Сталин. Это постановление является ярким подтверждением горячей сталинской заботы о работниках советской медицины, призванных охранять здоровье граждан страны социализма.

Мероприятия партии и правительства в области здравоохранения получили огромный размах. В отдельных союзных республиках,

бывших колониях царской России, громадные успехи советского здравоохранения особенно ярки. Это подтверждает нижеследующая таблица.

Врачебные кадры по союзным республикам

Республики	1913	1928	1932	
БССР	495	1438	1882*)	включены врачи других ведомств
ЗСФСР	747	2778	4357	
Узб. ССР	128	1172	1659	
Тадж. ССР	13	57	461	
Туркмен. ССР	56	206	367	

Из этой таблицы видно, как неизмеримо выросли врачебные кадры в БССР. В Минске, например, в 1912 г. было всего 113 врачей (включая сюда тюремных и железнодорожных), а в 1937 г.—757 врачей (без врачей транспорта).

Когда знакомишься с состоянием медицинских кадров в дореволюционной Белоруссии, еще и еще раз убеждаешься, как далеко от этой безотрадной картины современное состояние медицинского обслуживания трудящихся БССР вообще и состояние медицинских кадров в частности. Об этом ярко говорят нам следующие данные:

Динамика роста числа врачей в БССР на протяжении второй пятилетки

Таблица 1

Годы	Всего врачей в БССР (физ. лиц)	Из них		Число населения на одного врача (в тысячах) в БССР
		В городах	В сельских местностях	
1914	454			13,2
1933	1694	1348	346	3,2
1934	1711	1361	350	3,2
1935	1778	1493	285	3,0
1936	2092	1747	345	2,6
1937	2267	1910	357	2,4

Кануло в вечность то проклятое прошлое, когда один врач «обслуживал» целый уезд в 100—150 тысяч населения. Рост врачебных кадров в Советской Белоруссии приблизил врачебную помощь к населению, резко уменьшил радиус обслуживания. Имеется уже значительное количество районов, где один врач приходится только на 3—4—5 тысяч населения (Освейский, Логойский, Пуховичский, Краснослободский, Ельский, Туровский и др.).

*) БМЭ., т. 31, стар. 646.

Не менее отрадную картину представляет динамика роста врачебных кадров по специальностям:

Динамика роста числа врачей по специальностям на протяжении второй пятилетки в 32 городах БССР

Таблица 2

Специальность врачей	Число врачей специалистов по годам				
	1933	1934	1935	1936	1937
Терапевтов	402	432	444	449	446
Хирургов	124	130	137	152	159
Акушеров-гинекологов	93	104	113	113	137
Педиатров	161	156	160	193	216
Глазников	46	52	61	68	78
Невропатологов	35	31	35	49	57
Психиатров	18	24	29	42	44
Туберкулезников	38	33	47	49	49
Рентгенологов	26	29	32	32	47
Санитарных врачей	30	42	54	65	100
Школьно-санитарных врачей	38	40	64	50	69

Таким образом, мы имеем не только большой количественный рост врачебных кадров, но и значительное увеличение врачей специалистов.

В отношении обеспеченности населения БССР зубными врачами также достигнуты значительные успехи. Количество зубных врачей особенно резко увеличилось в 1936—1937 гг., что показывает следующая таблица:

Динамика роста числа зубных врачей в БССР на протяжении второй пятилетки

Таблица 3

Годы	Зубных врачей (физ. лиц)			Количество населения на одного зубного врача в БССР
	Всего в БССР	Из них		
		В городах	В сельских местностях	
1914	120	—	—	—
1933	385	294	91	14,2
1934	360	281	79	15,1
1935	457	340	117	11,9
1936	620	406	214	8,8
1937	722	434	288	7,5

Зубоврачебной помощью обеспечены самые далекие уголки нашей цветущей республики.

Средний медперсонал в БССР по категориям

Таблица 4

Категории среднего медперсонала	1933 г.			1934 г.			1935 г.			1936 г.			1937 г.		
	Всего	Из них		Всего	Из них		Всего	Из них		Всего	Из них		Всего	Из них	
		В городах	В сельских местностях		В городах	В сельских местностях		В городах	В сельских местностях		В городах	В сельских местностях		В городах	В сельских местностях
Фельдшеров	1252	346	906	1229	300	929	1266	364	902	1404	398	1006	1434	399	1035
Акушерок	585	261	324	629	292	337	566	315	251	1263	479	784	1997	665	1332
Пом. санврачей	105	89	16	162	126	36	199	165	34	212	162	50	227	164	63

Средние медицинские кадры в БССР

Необходимо также отметить громадный рост обеспеченности лечебно-профилактических учреждений БССР средним медицинским персоналом (см. таблицу 4). Средние медицинские кадры по отдельным категориям распределяются следующим образом.

а) **Акушерки.** Осуществление декрета правительства от 26 июня 1936 г. нашло свое отражение и в громадном росте числа акушерок, особенно на селе. Если в 1933 г. в лечебных учреждениях сельских местностей работало 324 акушерки, то в 1937 г. их работало уже 1332, т. е. в 4 с лишним раза больше.

В целом ряде районов одна акушерка приходится на одну две-три тысячи населения (в Дриссенском, Сенненском, Белыничском, Гресском, Домановичском и других районах).

б) **Фельдшера.** Эта категория среднего медицинского персонала так же, как и все остальные категории, из года в год численно возрастает. В 1933 г. в лечебно-профилактических учреждениях БССР работало 1252 фельдшера, а в 1937 г.—1434 (что составляет по отношению к 1933 г. 114, 5%). Из общего числа фельдшеров 27,7% работает в городах, а 72,3%—в сельских местностях. Из 1035 фельдшеров, работающих в сельских местностях (в 1937 г.) 466 работают на фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах.

в) **Медицинские лаборанты.** Всего имеется в БССР 267 медицинских лаборантов. Из них в 32 городах—221, а в городских поселениях и сельских местностях—46.

г) **Медицинские сестры.** В 1937 г. в БССР работало 3135 медсестер. Из них в 32 городах—2301 медсестра, в городских поселениях—246 и в сельских местностях—588.

д) **Пом. санитарных врачей.** В БССР работало в 1937 г. 227. Из них в 32 городах—133, в городских поселениях—31 и в сельских местностях 63. Кадры пом. санврачей резко выросли: с 105 в 1933 г. до 227 в 1937 г.

Подготовка медицинских кадров

До Октябрьской социалистической революции в Белоруссии не было ни одного медвуза, существовала лишь одна фельдшерская школа в гор. Могилеве. После Октябрьской революции значительный рост сети медико-санитарных учреждений потребовал и значительной подготовки медицинских кадров.

За 20 лет в БССР развернута значительная сеть медицинских учебных заведений. В 1938 г. в БССР уже имелось:

1. Медицинских институтов 2
2. Средних медицинских школ по подготовке средних медицинских кадров 30
3. Специальных курсов для подготовки средних медицинских кадров 31
4. Институт усовершенствования врачей и других медицинских кадров 1

Этими медицинскими учебными заведениями выпущены тысячи медицинских работников.

Приведя фактические данные, свидетельствующие об огромном росте всех категорий медицинских кадров, было бы неправильным не отметить и имеющиеся еще в этой области недостатки. К ним относится: неравномерное распределение кадров между городом и селом; значительное количество населения на одного врача в отдельных районах; неукомплектование отдельных сельских врачебных участков врачами и т. п. Это является результатом того, что орудовавшие в органах Наркомздрава враги народа, шпионы и диверсанты приложили свою грязную лапу к делу медицинского обслуживания трудящихся и подготовки медицинских кадров.

Руководствуясь указаниями партии и правительства, органы здравоохранения БССР успешно ликвидируют остатки вредительства. Восстановлен санитарный факультет при Минском медицинском институте, вредительски закрытый в 1935 г.; проводятся решительные меры к укомплектованию сельских врачебных участков; расширена подготовка медицинских кадров путем значительного увеличения сети медицинских учебных заведений, а также путем увеличения контингента учащихся в этих учебных заведениях; обращено особое внимание на качество подготовки медицинских кадров.

Эти мероприятия обеспечат в 1939 г. дальнейшее значительное улучшение медицинского обслуживания населения и ликвидацию отставания в отношении обеспечения медицинскими кадрами, особенно села. В 1939 г все сельские врачебные участки будут укомплектованы врачами и на одного врача будет приходиться в среднем в сельских местностях не больше 5—8 тысяч населения.

Растущее благосостояние и культура трудящихся в Белоруссии пред'являют все более и более высокие требования к органам здравоохранения. При ближайшей повседневной помощи партии и правительства органы здравоохранения БССР с честью решат поставленную перед ними задачу и обеспечат охрану здоровья трудящихся, являющихся самым ценным капиталом.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ЗУБОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В БССР

Доцент Ю. К. Метлицкий

Директор стоматологической клиники НКЗдрава БССР

В Белоруссии—одной из самых отсталых в экономическом, хозяйственном и культурном отношении окраин бывшей царской России—дело медицинского обслуживания населения до Октябрьской революции находилось на низкой ступени развития. Даже «куцая» земская медицина, введенная в Белоруссии лишь в 1911 г., не внесла больших изменений. Что касается зубоврачебного дела, то хотя на территории теперешней БССР в 1914 г. насчитывалось 120 зубных врачей и дантистов, последние имели свои кустарные зубоврачебные кабинеты и жили исключительно в городах. Обслуживали эти зубоврачи преимущественно буржуазию, так как рабочие не имели средств лечить свои зубы у частных врачей.

На селе зубоврачей не было вовсе. Там процветали чеховская «хирургия», знахарство и заговаривание зубной боли шептунами.

Великая Октябрьская революция, давшая широчайшие возможности делу развития народного здравоохранения вообще, вывела на широкую дорогу и совсем отсталую до революции область медицины—зубоврачевание. Сейчас же после революции было приступлено к организации зубоврачебных кабинетов в городах и селах, и трудящиеся стали получать бесплатную квалифицированную зубоврачебную помощь. Если к моменту освобождения Белоруссии от белопольской оккупации мы не имели ни одного государственного зубоврачебного кабинета, то в 1925 г. имелась уже развернутая сеть кабинетов как в городах, так и на селе, которая с каждым годом непрестанно увеличивалась:

Годы	В городах		На селе	
	Зубкабинетов	Врачей в них	Зубкабинетов	Врачей в них
1925	90	167	41	41
1928	110	242	56	64
1930	120	307	62	65
1935	192	350	143	143
1936	205	406	182	214
1938 (на 1 января)	223	434	291	2[illegible]8

Кроме имеющихся зубкабинетов при поликлиниках, амбулаториях и врачебных пунктах на селе, мы имеем 65 кабинетов на промышленных предприятиях республики.

Посещаемость зубкабинетов представляется в таком виде:

Годы	По городам	На селе
1925	725 тысяч	131,3 тысяч
1928	1144,6 "	237,6 "
1930	1544,9 "	254,0 "
1935	1703,6 "	425,4 "
1936	1888,8 "	433,3 "
1937	1982,4 "	715,6 "

Кроме того, зубопротезных мастерских на 1 января 1938 г. насчитывалось по системе НКЗдрава и Красного Креста свыше 40. В количество зубных кабинетов и протезных мастерских не входят кабинеты и мастерские Красной Армии и системы НКВД.

До Октябрьской революции в Белоруссии был только один зубврач с высшим образованием, теперь же мы имеем около 80 врачей стоматологов и хирургов-челюстников.

Подготовка зубных врачей средней медицинской квалификации производится в Минской зубоврачебной школе, которая в настоящее время имеет около 600 учащихся. Всего этой зубоврачебной школой было выпущено с 1932 г. 652 зубных врача. Кроме того, было выпущено 160 зубоврачей зубоврачебными отделениями Витебского и Бобруйского медтехникумов, ныне ликвидированными.

До Октябрьской революции стоматологическая наука почти совершено отсутствовала. Советская власть предоставила широчайшие возможности делу развития научной стоматологии и зубоврачевания. В настоящее время в Советском Союзе насчитывается большое количество научных стоматологических институтов и учреждений, причем советская научная стоматология во многих актуальных вопросах этой дисциплины далеко опередила капиталистические страны. В БССР таковыми научными учреждениями являются Стоматологическая клиника в Минске, а также клиника болезней уха, горла, носа и рта в Витебске.

Стоматологическая клиника в Минске, существующая с 1928 г. ведет большую лечебную, педагогическую и научную работу. В этой клинике трудящиеся республики получают все виды высококвалифицированной стоматологической помощи как амбулаторной, так и стационарной. Клиника выросла из 3 кресел и 2 коек в хирургическом отделении 1-й больницы в 1928 г. до 20 кресел и 18 коек в 1937 г. Стационар этой клиники проводит все виды лечения хирургических заболеваний полости рта, челюстей и лица, вплоть до самых тонких восстановительных операций лица и челюстей (уранопластика, пластика мягких тканей, костная пластика), а также все виды хирургического и ортопедического лечения травматических и огнестрельных повреждений лица и челюстей.

В области челюстно-лицевой хирургии, не имевшей совершенно места в б. царской России, в Советском Союзе сделано очень много. В настоящее время эта область хирургии достигла таких успехов, что она с полным правом может конкурировать с передовыми капиталистическими странами.

Помимо подготовки кадров зубных врачей, на базе стоматологической клиники проводятся курсы усовершенствования последних с отрывом и без отрыва от производства. С 1 мая 1938 г. организованы $2\frac{1}{2}$-годичные курсы переподготовки зубных врачей во врачей-стоматологов при Институте усовершенствования врачей. Однако, надо отметить, что до сих пор в БССР стоматологический ВУЗ не организован.

С 1927 до 1937 г. при Медицинском институте существовала кафедра стоматологии, и студенты слушали этот предмет в обязательном порядке. В 1937 г. кафедра была ликвидирована. В нынешнем учебном году курс челюстно-лицевой хирургии и стоматологии снова введен для студентов 5 курса.

Большим достижением советского зубоврачевания является плановая, систематическая санация полости рта и зубов детей школьного возраста. Эта работа, к сожалению, проводится только в городах БССР, причем охват детей не превышает 50%. Что касается сельских местностей, то лишь осенью 1938 г. было организовано 15 передвижных зубкабинетов в ведущих районах БССР для санации зубов школьников.

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

ОБ'ЕКТИВНЫЙ ФОТОЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ПИГМЕНТОМЕТР

В. К. Анисимов и Л. В. Гульницкий

Из института физиатрии, г. Минск (директор—проф. Д. А. Марков)

Лучистая энергия солнца (или искусственных источников), падая на кожу человека, частично отражается, частично проникает в глубь организма.

Глубина проникновения в организм различных спектральных участков лучистого потока, а также и коэфициент отражения кожи есть функция степени пигментации кожи и длины волны данного спектрального участка. Степень пигментации кожи является либо индивидуальным свойством суб'екта, либо результатом привходящего извне раздражения (например, эритема). Зная коэфициент отражения кожи, можно судить и о степени ее пигментации, а при эритемном эффекте—о степени эритемы. Этот вопрос имеет большое значение при исследовании воздействия лучистого потока на кожу. Направленный лучистый поток F_o, падающий на поверхность кожи, делится на три потока: 1) поток, поглощенный F_n, 2) поток, зеркально отраженный F_r, и 3) поток, рассеянно отраженный F_k. Все эти потоки строго пропорциональны по величине падающему потоку.

Отношение $P_r = \frac{F_r}{F_o}$ называется коэфициентом зеркального отражения.

Рассеянный (диффузный) поток F_k может частично отражаться поверхностью кожи, а частично более глубокими подкожными слоями. Отношение $P_k = \frac{F_k}{F_o}$ называется коэфициентом расееянного отражения. Этот коэфициент очень часто называют альбедо поверхности. Альбедо поверхности, вообще говоря, зависит от длины волны падающих лучей и от угла их падения.

Полный коэфициент отражения выразится: $P = \frac{F_r + F_k}{F_o} = P_r + P_k$.

Величина F_r отраженного направленного лучистого потока, в большинстве случаев, чрезвычайно мала по сравнению с отраженным рассеянным потоком F_k. Поэтому очень часто говорят просто об альбедо кожи: $P = \frac{F_k}{F_o}$

Приборы, позволяющие определять альбедо поверхностей, называются альбедометрами. Н. Н. Калитин впервые сконструировал такой альбедометр для исследования альбедо кожи и назвал его пигментометром, так как альбедо кожи может характеризовать степень ее пигментации. Имеющиеся в настоящее время пигментометры конструированы по принципу визуальных наблюдений, что вносит известный суб'ектизм при измерении. Предлагаемый нами прибор избавит от этого недостатка.

Основные части нашего пигментометра—селеновый фотоэлемент (пл. $S = 10$ см^2) и стрелочный гальванометр (чувствит. 1 дел.—10^6 А). Отметим, что кривая спектральной чувствительности селенового фотоэлемента чрезвычайно близка к кривой относительной видимости человеческого глаза (рис. 1) [2].

Это обстоятельство важно в том отношении, что эритемный эффект, определяемый пигментометром, будет совпадать с эритемным эффектом, оцениваемом глазом.

Фотоэлемент *А* монтируется в закрытом ящике, имеющем только одно круглое отверстие В (диаметром 4 см). Такого же диаметра экран *С*, покрытый окисью магния, помещается симметрично отверстию *В* относительно фотоэлемента *А* (рис. 2).

Рядом с фотоэлементом за небольшой ширмой укреплена электрическая 4-вольтовая лампочка *l* от карманного фонаря. Фотоэлемент вместе с лампочкой укреплен так, что он может при помощи пуговки (е) поворачиваться то вправо, то влево: при этом фотоэлемент оказывается ориентированным либо к экрану *С*, либо к окну *В*. Измеряемый участок кожи помещается в окне *В*. Лампочка посылает свет на кожу. Общий вид нашего прибора представлен на рисунке 3.

Отклонение стрелки гальванометра n_l, с которым соединяется фотоэлемент, пропорционально величине лучистого потока F_a отраженного кожей: $F_k = kn_k$.

Обращая фотоэлемент вместе с лампочкой к экрану С, мы получим отклонение стрелки гальванометра n_2, пропорциональное лучистому потоку $F_э$, отраженному от экрана *С*: $F_э = kn_э$. *К*—коэфициент пропорциональности.

Для того, чтобы определить альбедо кожи, нужно знать альбедо экрана *С*, который является в нашем пигментометре как бы эталонным. Альбедо экрана *С* можно выразить формулой:

$$P_э = \frac{F_э}{F_o}, \quad (1)$$

где F_o—падающий лучистый поток, $F_э$—лучистый поток, отраженный экраном *С*.

Альбедо кожи, как мы уже сказали выше, можно написать как отношение:

$$P_k = \frac{F_k}{F_o} \quad (2)$$

Поделив выражение (2) на (1), получим:

$$\frac{P_k}{P_э} = \frac{F_k}{F_э}$$

Заменив в приведенной формуле величины лучистых потоков $F_э$ и F_k через соответствующие отклонения стрелки гальванометра, на основании известных уже нам соотношений

$$F_э = кn_э \text{ и } F_k = кn_k.$$

получим формулу:

$$P_k = P_э \frac{n_k}{n_э}. \quad (3)$$

По этой формуле, зная альбедо $P_э$ эталонного экрана, отклонение n_k стрелки гальванометра (когда фотоэлемент ориентирован к коже) и отклонение $n_э$ стрелки гальванометра (когда фотоэлемент ориентирован к экрану), можно получить альбедо P_k кожи.

Эталонный экран пигментометра обыкновенно покрывается окисью магния. Определенное известным в литературе методом альбедо нашего экрана имело величину $P_e = 97{,}0\%$.

Нашим прибором можно определять альбедо кожи в различных участках спектра, для чего к прибору приложены фильтры (КС—5; ОС—1; ЖС—2) Изюмского завода.

В связи с тем, что не исключена возможность некоторого отражения света лампочки внутренними стенками прибора, нулевое положение стрелки гальванометра отсчитывается при зажженной лампочке и при закрытом черным бархатным экраном отверстии В.

Процесс измерения сводится к следующим операциям:

1. Проверяется нулевое положение гальванометра (как указано выше).

2. Фотоэлемент ориентируется к эталонному экрану С, при этом производится отсчет по гальванометру n.

3. Прибор накладывается на исследуемый участок кожи и фотоэлемент ориентируется к коже, после чего снова делается отсчет по гальванометру n_k. Зная n_k и $n_э$ по формуле (3), определяем альбедо кожи.

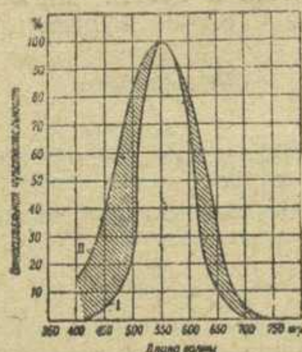


Рис. 1.

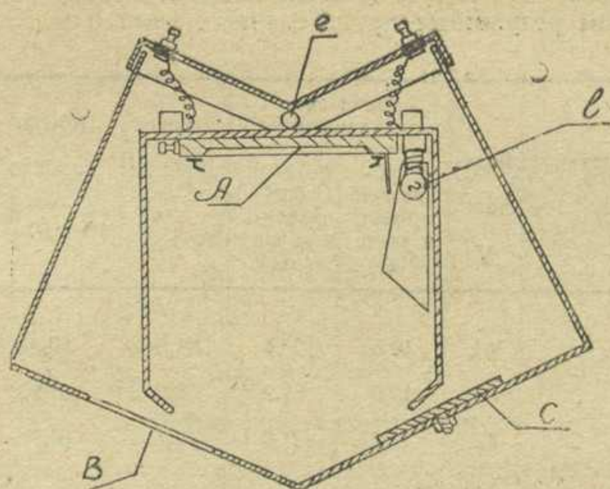


Рис. 2.

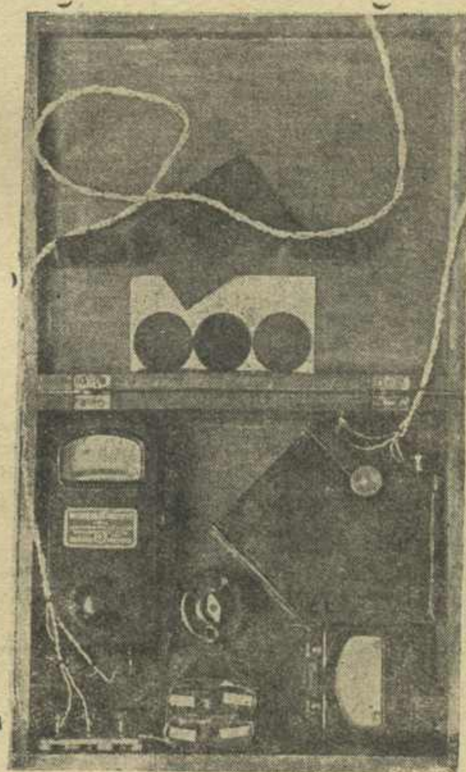


Рис. 3.

Для суждения о степени чувствительности описанного пигментометра приводим результаты произведенных нами измерений (табл. 1).

Таблица 1

Об'ект (измерения без фильтра)	Вольтаж V	Показание гальванометра: Фотоэлемент ориент. к коже ($n_к$)	Показание гальванометра: Фотоэлемент ориент. к экрану ($n_э$)	Относит. альбедо $P_к = \frac{n_к}{n_э}$	Абсол. альбедо $P = 0{,}97 \frac{n_к}{n_э}$	Примечание
Спина	4,1	16,5	26,8	61,6%	59,7%	Гр-ка С. 21 г. Блондинка, цвет кожи белый. Загар отсутствует
Грудь	4,2	16,0	27,2	58,9	57,1	
Бедро	4,2	17,2	27,0	63,7	61,7	
Верхн. конечн.						
а) предпл. сверху .	4,2	15,1	27,0	55,9	54,2	
б) „ снизу .	4,1	16,0	27,1	59,2	57,4	
Голень . . . . . (обл. икроножной мускул.)	4,1	15,5	26,9	57,6	56,0	
Спина	4,05	15,0	26,8	56,1	54,5	Гр-н М. 31 год. Брюнет, кожа смуглая. Оставшийся от лета загар.
Грудь	4,2	12,5	26,0	48,1	46,6	
Бедро	4,05	15,0	26,8	56,1	55,5	
Верхн. конечн.						
а) предпл. сверху .	4,1	12,8	26,3	48,7	47,2	
б) „ снизу .	4,1	14,0	26,2	53,4	51,8	
Голень . . . . . (обл. икроножной мускул.)	4,15	14,5	26,8	54,2	52,6	

В таблице 2 приведены результаты измерений альбедо кожи в различных спектральных участках

Таблица 2

(Измерялась кожа руки—предплечье у локтя)

Фильтры	Абсолютное альбедо кожи в %	Примечание
Без фильтра	47,2	Легкий загар
Желтый ЖС—2	50,2	
Оранжевый ОС—1	53,9	
Красный КС—3	66,4	

К НАУЧНОЙ РАБОТЕ НА УЧАСТКЕ

Проф. Д. А. Марков

1. Лечение ишиаса торфом-сырцом

В об'ем этой темы входит собирание материала и сравнительная оценка его с другими методами лечения по группе первичного и преимущественно хронического или рецидивирующего ишиаса. Торф целесобразнее брать в виде вязкой, пластичной, гомогенной массы, т. е. со значительным процентом разложения. Торф иногда слегка увлажняется до получения тестообразной консистенции и нагревается в примитивной водяной бане до 60°С, затем вручную смешивается с холодным торфом до нужной температуры от 45 до 53°С и в виде аппликации накладывается слоем до 5 см непосредственно на тело больного (в данном случае от поясницы до голени и ниже). Аппликация закрывается последовательно холстом, клеенкой, простыней, одеялом и оставляется на больном до 30 минут. После процедуры дается душ 32—38° С или обмывание. В заключение отдых—лежание до 30 минут. Эта техника не требует сложных приспособлений и может быть налажена в каждой больнице. При такой методике можно получить (из нескольких ведер) торфолечение сырцом одновременно для нескольких больных. Курс до 12—15 аппликаций. Процедуры через день.

Показания и противопоказания по общим руководствам.

Литература. 1. Працы Беларускага Дзяржаўнага інстытута, в. 1,1936.—2. Торфолечение. Минск, 1938.—3. Звоницкий. Грязелечение. 1928.

2. Лечение ишиаса рассольными ваннами с постепенным повышением температуры

Для подобных рассольных ванн «модификации по Гауффе» обычно берут 5—6 кг соли на ванну и постепенно (в ванне с больным) повышают температуру с 38° до 41—42°С. Длительность ванны — 15.'. После ванны больного закутывают в сухое одеяло на 15—30 минут (последующее потение). На курс—10—15 ванн. Показания, как указано выше. Этот метод может, по некоторым авторам, до известной степени заменить грязелечение. Постепенное дозированное нарастание термического раздражителя, несмотря на его резкость, придает процедуре мягкий и сердцещадящий характер.

Литература. Р. Горелик. Працы Беларускага Інстытута фізіятрыі, в. 1,1936.

3. Парафинотерапия ишиаса

Белый парафин (с температурой плавления 51—53°С) после предварительной проверки на отсутствие в нем воды (в противном случае—ожоги) плавят в кастрюле на водяной бане или на плите и т. д. и помешивая доводят до 55—60°. На кушетке расстилается одеяло, поверх которого кладется клеенка. На предварительно осушенную кожу больной конечности расплавленный парафин наносится тонким слоем малярной кистью или ложкой. Он немедленно застывает и образует пленку. На этот тонкий слой наносят парафин уже более толстым слоем—равномерно. Затем заворачивают на конечность края клеенки и закутывают поверх одеялом. Процедура—40 минут. На курс (через день) 10—12 процедур. Показания прежние.

Литература. 1 С. С. Лепский. Физические методы лечения, 1937, стр. 239—2. Захарова Працы Беларускага Інстытута фізіятрыі, в. I, 1936.

Проф. В. А. Анищенко

ТЕМАТИКА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ ПО ФАРМАКАЛОГИИ

(Для врачей и провизоров)

1. Жидкие лекарственные формы растворов алкалоидов со щелочами

Прописи алкалоидных солей со щелочами, как значится в справочниках, представляют «несовместимые» смеси. Но вся несовместимость (за очень редким исключением) состоит лишь в том, что в подобных сочетаниях может выпадать осадок.

Желательно изыскать способы, препятствующие оседанию алкалоидов, а также отобрать такие прописи, в которых осаждение вообще не происходит.

2. Рационализация приготовления растворов Dakin'а

Раствор Dakin'а играет очень большую роль в деле оказания лечебной помощи в боевой обстановке. Но уже незначительные отклонения в технике приготовления лишают его терапевтической ценности.

Желательно изыскать наиболее простой эфективный способ приготовления.

3. Консервирование растворов Dakin'а

Раствор Dakin'а является весьма нестойким препаратом. Придавая большое оборонное значение этому препарату, необходимо изыскать наиболее эффективный способ, позволяющий сохранять раствор Dakin'а достаточно длительное время.

4. Бактерицидность растворов риванола в зависимости от продолжительности воздействия

Водные растворы риванола обладают большой бактерицидной силой. Однако, оптимум проявляется лишь по истечении нескольких часов непрерывного действия.

Необходимо выяснить минимальный срок, в течение которого бактерицидность достигает оптимума.

5. Применению растворов хинозола для заживления ран

Раствор хинозола, кроме бактерицидности, обладает свойством ускорять время заживления свежих ран.

Необходимо выяснить оптимальную концентрацию раствора, а также наиболее желательный растворитель (смесь воды, спирта и др.).

* * *

За справками о литературе, аппаратуре и за прочими указаниями можно обращаться на кафедру фармакологии Минского Государственного медицинского института.

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ БССР.
№ 3—4 1939 г.

С'ЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

СОВЕТСКАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ НА НОВОМ ЭТАПЕ *)

I

За все время существования микробиологии, как медицинской науки, за 50 с лишним лет (1865—1917), в дореволюционной России было созвано всего три совещания микробиологов и эпидемиологов. В советском Союзе за 20 лет состоялось 14 многолюдных бактериологических с'ездов, не считая ежегодных сывороточно-вакцинных совещаний, посвященных вопросам производства бактерийных препаратов, и ряда конференций по борьбе с отдельными инфекциями—туберкулезом, малярией и др.

Известно, что у царского правительства санитарные с'езды всегда были бельмом на глазу. Это об'ясняется тем, что даже наиболее умеренные представители медицинской общественности с высоты трибуны заявляли, что «пока в России существует самодержавие, хинин не будет действовать против малярии», или «причина холеры—не коховский вибрион, а самодержавие». Эти афоризмы показывают, что русские врачи давно учитывали роль социального фактора в борьбе с эпидемическими заболеваниями. Передовые работники медицины хорошо понимали, что успехи профилактической медицины теснейшим образом связаны с изменением структуры общества—с построением социализма. Эта основная истина ныне проверена на одной шестой земного шара.

В капиталистических странах трудящиеся массы, составляющие подавляющее большинство населения, жестоко страдают от непрекращающихся кризисов и безработицы. В Советском Союзе каждый гражданин, на основе Великой Сталинской Конституции, обеспечен всем необходимым—и трудом, и отдыхом, и образованием, т. е. зажиточной, здоровой и культурной жизнью.

На основе резкого улучшения материального и культурного уровня населения у нас ликвидированы такие эпидемии, как чума, оспа и холера. Паразитарные тифы, поражавшие в старой России ежегодно не менее 100 тысяч населения, в настоящее время встречаются лишь в наиболее отсталых районах в виде небольших вспышек. Заболеваемость скарлатиной уменьшилась с 1930 г. больше чем в полтора раза; дифтерией, по сравнению с 1913 г.,—в 4 раза; брюшным тифом в ряде районов—в 4,5 раза; заболеваемость малярией по сравнению с 1934 г. уменьшилась больше чем вдвое. Резко снижена общая и детская смертность. К Всесоюзной переписи 1939 г. мы пришли с такими показателями роста населения, каких не знает ни одна страна в мире. В стране победившего социализма основные факторы, порождающие эпидемии, окончательно уничтожены.

Успехи советского здравоохранения были бы неизмеримо больше, если бы и в эту область не запустили свои грязные лапы троцкистско-бухаринские выродки. Эти презренные агенты фашизма не гнушались никакими путями и никакими методами в своей борьбе с победоносным социализмом. Им была ненавистна самая идея профилактической медицины—основы советского здравоохранения, и они варварски разрушали санитарные организации страны. Высокое звание санитарного врача они пытались унизить так, чтобы оно для молодых товарищей потеряло свое обаяние. Огромные средства, отпущенные правительством на

---

*) К итогам Всесоюзной конференции микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов—Москва, 25. I—2. II 1939 г.

строительство институтов, санитарно-бактериологических лабораторий и дезинфекционных пунктов, годами замораживались и оставались не использованными. Во многих институтах по изготовлению бактерийных препаратов насаждались рутина, кустарщина и предельные нормы. В борьбе с эпидемическими заболеваниями проповедывалась антинаучная контрреволюционная «теория» цикличности и неизбежности эпидемических вспышек.

Всесоюзная конференция, происходившая в Москве 25 января—2 февраля 1939 г., явилась событием огромной научно-практической важности. Конференция подвела итоги нашим достижениям на фронте здравоохранения, наметила новые пути в развитии теории и практики прививочного дела в нашей стране. Наконец, отдельные заболевания (туляремия, сезонный энцефалит), мало известные широким кругам советских врачей, впервые были освещены на Всесоюзной конференции. В отличие от всех предыдущих с'ездов и конференций, впервые были созваны лучшие представители микробиологической и эпидемиологической науки, клиницисты—инфекционисты и практические работники противоэпидемического фронта.

На конференции было 555 делегатов с правом решающего голоса и 351—с совещательным. Вместе с гостями на конференции присутствовало свыше тысячи человек. Среди делегатов было 103 профессора, 127 ассистентов и доцентов, 106 других научных работников. Докторов медицинских и биологических наук—70, кандидатов наук—193. От БССР на конференции было 36 делегатов, из них 23 с правом решающего голоса.

В течение 9 дней на конференции было заслушано 98 докладов, затрагивающих самые острые вопросы иммунологии и эпидемиологии, профилактики и терапии инфекционных заболеваний. Интерес со стороны тысячной аудитории с каждым днем все возрастал: каждый доклад и каждое выступление выслушивались с напряженным вниманием. Многотемность программы и многочисленные выступления отнюдь не утомили делегатов. Все вопросы разбирались в атмосфере сугубой принципиальности. Работа протекала под знаком единства и неразрывности теории и практики.

Доклад заместителя наркома здравоохранения СССР проф. Н. И. Гращенкова с самого начала определил об'ем и содержание работы конференции. Тов. Гращенков дал исчерпывающий анализ состояния здравоохранения в СССР и наметил план дальнейшей работы. В докладе заместителя наркома красной нитью проходила мысль, что дальнейшее развитие и закрепление уже достигнутых успехов возможны лишь тогда, когда мы полностью используем те замечательные условия, которые нам предоставлены нашей партией и советским правительством, используем все те особенности, которые заложены в самой системе советского строя и которые позволяют в кратчайший срок добиться дальнейшего снижения одних и ликвидации других инфекционных заболеваний.

II

Вопросы специфической профилактики и терапии бесспорно занимают большое место в деле борьбы с эпидемическими заболеваниями. В соответствии с этим вопросам иммунологии было посвящено более половины докладов. Известно, что современные методы иммунизации страдают рядом существенных недостатков: одни препараты слишком реактивны, другие недостаточно эффективны, большинство вакцин требует многократного введения. Советские микробиологи давно поставили себе задачу улучшения бактерийных препаратов и методов их применения. Конференция показала высокий уровень теоретической мысли и блестящие практические достижения в области специфической профилактики.

Теоретически насыщенные, научно обоснованные доклады об антигенной структуре микробной клетки, о методах выделения антигенов в очищенном и концентрированном виде, об иммунизирующих свойствах растворимых антигенов дают практическим работникам ясную перспективу и уверенность в работе над дальнейшим улучшением прививочного дела в нашей стране.

Опыты советских и иностранных авторов показали, что для получения более эффективных и менее реактивных препаратов для активной иммунизации против дифтерии или столбняка, более целесообразно пользоваться очищенными и концентрированными препаратами. Так, изучение очищенного и концентрированного дифтерийного анатоксина показало, что его иммунизаторная эффективность в 10 раз выше эффективности исходного анатоксина. Применение методов очистки и концентрации анатоксина позволило освободить его от 99% балластных неспецифических субстанций. Применение очищенного дифтерийного ана-

токсина позволило разработать метод профилактики дифтерии путем однократной подкожной прививки с последующими инстиляциями анатоксина в нос (А. В. Пономарев—Ленинград, Гленни, Дадли—Англия, Клаус Иенсен—Дания и др.).

В отношении брюшнотифозных прививок оказалось, что не все штаммы палочки Эберта пригодны для изготовления вакцины. Для тифозных и паратифозных прививок должны употребляться формы S, содержащие антиген O и, в частности, для брюшного тифа—штамм, содержащий так называемый Vi —антиген, который можно почти закономерно обнаружить во всех свежевыделенных штаммах. Для одновременного сохранения O—и Vi—антигена наиболее благоприятны яичные среды: три части яйца (желток и белок) и одна часть физиологического раствора поваренной соли 0,85% (подогревать 2 часа при 85°, разлить в пробирки).

Очередной задачей является теоретическое изучение так называемых Vi—штаммов тифозной палочки, дающих в условиях экспериментальной вакцинации наиболее полноценный и длительный иммунитет. Иммунитет, достигаемый при вакцинации Vi —штаммами, в первую очередь характеризуется исключительной высотой своих антитоксических свойств.

Из тифозных штаммов разного антигенного строения (O, H, Vi) удается получить «полные» антигены, вызывающие у подопытных животных (мышей) устойчивость и в отношении эндотоксина и в отношении соответствующей культуры. Сыворотки, полученные путем иммунизации кролика «полными» антигенами, содержат специфические антитела (преципитины) и обладают превентивными свойствами в отношении эндотоксинов и против живой культуры.

Нельзя было без волнения слушать доклады ряда делегатов об эффективности наших советских бактерийных препаратов при многих заболеваниях. Ленинградский делегат проф. Беседин показал, как на фоне общего под'ема экономического и культурного развития населения, улучшения санитарных и гигиенических условий жизни, а также благодаря систематическим, из года в год проводимым, массовым прививкам, удалось снизить заболеваемость брюшным тифом в Ленинграде в в о с е м ь раз. Другие товарищи на огромном материале доказали высокую эффективность дифтерийного и столбнячного анатоксина и хорошие перспективы применения обезвреженного токсина в борьбе с дизентерией. Например, иммунитет, приобретаемый после искусственной иммунизации дифтерийным анатоксином, значительно более длителен и более прочен, чем иммунитет, приобретаемый переболевшим организмом. Тот факт, что противодифтерийные прививки в 1938 г. проведены с большим отставанием от намеченного плана (по БССР всего 48%),—говорит далеко не в пользу наших органов здравоохранения.

Много докладов было посвящено вопросам комбинированных прививок, состоящих из смеси тифозных и паратифозных вакцин плюс столбнячный или дифтерийный анатоксин. На основании своего замечательного наблюдения у озера Хасан, где среди иммунизированных ассоциированной вакциной (Т. А. Б.+ столбнячный анатоксин) не было ни одного случая ранения, осложненного столбняком, военврач тов. Рагозин приходит к выводу, что «необходимо более широко практиковать применение комбинированных прививок вообще (против тифа и дифтерии в детских коллективах) и, в частности, против тифа и столбняка (в любых коллективах, где к этому имеются какие-либо показания).

Вначале существовало мнение, что множество одновременно вводимых антигенов подавляет выработку антител (конкуренция антигенов). Но этот взгляд ныне почти никем не разделяется: опыты показали, что способность животного организма к образованию антител очень широка. Вводились одновременно смеси из 14 и 35 антигенов, и почти от всех получались антитела в достаточно высоком титре.

На конференции четко было определено место бактериофага в арсенале предупредительных и лечебных свойств современного врача. Огромному большинству практических врачей до сих пор был известен, главным образом, дизентерийный бактериофаг, но и его эффективность не раз подвергалась обстрелу со стороны скептиков и рутинеров. Конференция значительно расширила круг наших знаний о значении бактериофага не только для предупреждения и лечения дизентерии и детских поносов. В ряде докладов была показана роль бактериофага в хирургической практике, для лечения целого ряда инфекционных процессов, а также для получения вирулентных мутантов возбудителя чумы, холерного вибриона и многих других патогенных микроорганизмов. Конференция показала, какое мощное орудие имеет медицина в лице «пожирателя микробов».

Большое место в работе конференции заняла глава о туляремии. Это чумоподобное заболевание до сих пор еще мало известно широкому кругу врачей и поэтому оно в отдельных случаях не диагносцируется. Исследования советских ученых внесли за последние годы много ценного в эпидемиологию, клинику, диагностику и профилактику этого заболевания.

Основной источник инфекции—грызуны и, в первую очередь, водяные крысы, суслики, полевки. С несомненностью установлена также роль кошек, как источников заражения. Пути заражения человека—через кожу, слизистые оболочки, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, а также внедрение вируса через укус насекомых. Для диагностики туляремии одинаково пригодны культуральный метод, реакции агглютинации, кожная проба по методу Пирке, а также реакция преципитации. Лучший метод профилактики—вакцинация, вполне оправдавшая себя в условиях эксперимента. Из мер не специфической профилактики—на первом месте должна вестись борьба с грызунами. Специфическое лечение сывороткой дало в руках некоторых исследователей обнадеживающие результаты.

Подлинным триумфом советской медицины следует несомненно считать добытые и продемонстрированные на конференции материалы по изучению, так называемого, сезонного весенне-летнего энцефалита. Это тяжелое заболевание, приводящее часто к смерти или к стойким параличам, вначале не различалось от эпидемического летаргического энцефалита, который обычно приводит к паркинсонизму. Однако, за последние 12—15 лет выявилось, что сезонный энцефалит представляет собою самостоятельное заболевание. Изучение вирусов выделенных из случаев сезонного энцефалита в разных странах (Япония, Соед. Штаты Америки, Австралия), равно как и серологические исследования показали, что их возбудители не тождественны возбудителям летаргического энцефалита.

Сезонный, весенне-летний, характер заболевания и отсутствие заражений среди медицинского персонала обслуживающего больных, заставили отказаться от ранее принятого взгляда, согласно которому вирус передается капельным путем. Стали искать переносчика болезни среди кровососущих насекомых, поиски увенчались успехом: в клещах различных видов был найден возбудитель японского энцефалита.

В первые годы освоения тайги на Дальнем Востоке, в отдельных пунктах были обнаружены случаи заболевания сезонным энцефалитом. Заболевание приковало к себе внимание советских ученых. Правительством были организованы две экспедиции, включившие ряд крупнейших специалистов, и в течение 1—2 лет эпидемиология и клиника, этиология и профилактика этого заболевания в основном были изучены. Такие быстрые успехи оказались возможными только благодаря дружной комплексной работе, доступной только в условиях социалистического государства.

Большой интерес вызвали доклады, посвященные различным проблемам коклюша и гриппа—бактериологии, диагностике, иммунитету, клинике, профилактике и терапии.

Роль палочки Пфейфера в этиологии гриппа в настоящее время подавляющим большинством исследователей отрицается. Твердо установлено, что возбудителем гриппа является фильтрующийся вирус, который оказался вирулентным также для кроликов и белых мышей. Вирус удается также выделить от больных методом непосредственного заражения тканевых культур.

Новое понятие об этиологии гриппа позволяет решить вопрос о тождестве эпидемического гриппа с так называемым «спорадическим гриппом». Оказывается, что при последней форме вирус выделяется очень редко, между тем как при эпидемическом гриппе успешно выделяются (до 80%) аналогичные штаммы во время любой вспышки в различных пунктах земного шара.

Изучение патогенеза гриппозных осложнений возможно путем назального или ингаляционного способа заражения белой мыши.

Ценные результаты дало изучение активной иммунизации против гриппа в опытах на мышах: вакцинированные убитым вирусом мыши приобретают высокую резистентность к массовым дозам вируса на ближайшие 3—6 месяцев. Повторные ингаляции малых доз живого вируса или повторные ин'екции убитого вируса людям оказываются вполне безопасным методом активной иммунизации. В опытах на мышах доказано профилактическое и лечебное действие противогриппозных сывороток.

Задачей дня является проверка на людях в эпидемической обстановке эффективности специфической серопрофилактики гриппа вдыханием распыленной имунной сыворотки.

Коклюшу, как известно, до сих пор уделялось внимание, далеко не соответствующее большому удельному весу этого заболевания. Слабо внедрены в практику бактериологическая и серологическая диагностика. А между тем, Московский городской бактериологический институт, на основании своего трехлетнего опыта, доказал, что микробиологический диагноз коклюша доступен в условиях всякой квалифицированной лаборатории. Основной средой для первичного выделения водбудителя из организма является оригинальная картофельно-глицериновая среда Борде и Жангу. Лучшим способом получения материала является метод кашлевых пластинок после самопроизвольного кашля в ночные и утренние часы. В отношении частоты выделения коклюшных бацилл среда Борде дает лучшие результаты с кроличьей кровью, затем с человеческой. Несколько худшие результаты получаются с лошадиной и бараньей кровью.

Методом, вполне обеспечивающим микробиологический диагноз коклюша, является также микроскопия агглютинированных на стекле специфической антисывороткой подозрительных колоний. В очаге коклюша микробиологический диагноз позволяет иногда выявить значительное количество клинически атипичных форм заболевания. Бактериологический диагноз позволяет также подтвердить безопасность реконвалесцентов для коллектива.

Советским исследователям за последнее время удалось разработать новый рациональный и значительно более легкий способ изготовления вакцины, менее реактивной и более эффективной, чем препараты, предложенные иностранными авторами. Ленинградский институт разработал также методику получения токсического коклюшного препарата, что способствует разрешению проблемы получения антитоксической противококлюшной сыворотки.

IV.

Исключительное внимание конференция уделила проблеме риккетсиозов и, в частности, борьбе с сыпным тифом.

По новейшим данным, следует сыпнотифозную инфекцию рассматривать, как многотипное заболевание, как ряд отдельных заболеваний, об'единяемых в группу риккетсиозов. Все заболевания группы риккетсиозов характеризуются тремя кардинальными признаками: лихорадкой, кожной сыпью, поражением центральной нервной системы. Диференцировать эти заболевания можно только на основании патологии, иммунологии и эпидемиологии.

Риккетсии представляют собою группу микроорганизмов, занимающую в общей системе их среднее место между фильтрующимися вирусами и бактериями. Передатчиками риккетсий, патогенных для человека (риккетсии Провачека), являются кровососущие насекомые, резервуаром—человек или грызуны. Поэтому практические мероприятия против распространения риккетсизов человека являются: ранняя диагностика, своевременная госпитализация и дезинсекция в очагах, а против риккетсиозов грызунов—дезинсекция дератизация и отсутствие контакта с грызунами.

На основании ряда признаков можно все сыпные лихорадки подразделить на три основных группы: а) группу тифов, куда входят два варианта—классический, «исторический» сыпной тиф и крысиный тиф; обе формы дают перекрестный иммунитет и могут передаваться от человека человеку вошью; б) группу пятнистых лихорадок, имеющих много вариантов; вирус передается через укусы клещей; в) группа тропических тифов (группа Цуцугамуши); вирус также передается через укусы клещей.

Сыпную лихорадку из этой последней группы подробно изучила проф. М. К. Яцымирская-Кронтовская. Заболевание появляется в весенне-летний период, в период наибольшего количества клещей в окружающей среде. Болезнь характеризуется сложным симптомокомплексом: увеличением и болезненностью регионарных лимфатических желез, яркокрасной розеолезнопаулезной сыпью, гиперемией кон'юнктивы и слизистых, увеличением селезенки, лейкопенией, при умеренном лимфоцитозе, литическим падением температуры и т. д. Смертных случаев при этом заболевании не наблюдалось. Лечение симптоматическое, как и при «историческом» сыпном тифе.

Наибольшее внимание конференция уделила борьбе с сыпным тифом. Проф. Л. В. Громашевский в своем обстоятельном докладе остро поставил вопрос об окончательной ликвидации этого заболевания в нашей стране. Докладчик категорически отверг теорию вирусоносительства при сыпном тифе, считая ее не обоснованной ни с клинической, ни с иммунобиологической точки зрения. Эта теория, признающая существование вируса вне больного организма, разоружает практического работника и направляет его на ложный путь борьбы. При помощи

заражения морских свинок удается в отдельных случаях установить присутствие сыпнотифозного вируса в крови находящихся в больничной обстановке реконвалесцентов не больше 5—7 дня апирексии: из 50 поставленных опытов вирус был обнаружен на 2-й день апирексии в 3 случаях, на 5-й день—в 1 случае и на 7-й день—в 1 случае. Практически больные, выписываемые на 10—12 день апирексии, никакой угрозы для окружающих не представляют. Единственным источником сыпнотифозной инфекции, по мнению проф. Громашевского, является только больной сыпным тифом, единственным источником—вошь. Такая концепция позволяет принять единую систему борьбы, обеспечивающую возможность полной ликвидации сыпного тифа в кратчайший срок.

До последнего времени еще не были изжиты «теории» и «гипотезы» об эндемичности сыпнотифозных очагов. Програмный доклад и многочисленные выступленния в прениях ни в ком не оставили сомнения, что сыпной тиф «эндемичен» только там, где бездеятельны органы здравоохранения, что источником сыпнотифозного вируса является только сыпнотифозный больной, и что любой очаг можно ликвидировать в короткий срок при правильной расстановке сил и соответствующих методах борьбы. В таком духе и приняты резолюции по данному вопросу.

V

Состоявшееся вслед за конференцией анаэробное совещание было посвящено ряду актуальных вопросов диагностики, специфической профилактики и терапии газовой гангрены, столбняка и других раневых инфекций. Благодаря применению для гипериммунизации лошадей преципитированных свежих токсинов удалось за последние годы получить весьма высокотитражные противостолбнячные и противогангренозные сыворотки. Тем не менее, отдельные клиницисты до сих пор критически относятся к результатам специфической терапии раневых инфекций. Вина, очевидно, кроется не в препарате, а в способе и времени его применения. По мнению академика Бурденко, причина недостаточной эффективности специфической сыворотки в ряде случаев заключается в недостаточной хирургической обработке так называемых «безнадежных» тканей, в несвоевременном наложении первичного шва, в отсутствии достаточного наблюдения и в недооценке шокового состояния, сущность которого заключается в угнетении окислительных процессов во всем организме. Если бы хирурги соблюдали все эти условия, тогда и сыворотка оказалась бы более эффективной. Неправильно, повидимому, и соотношение различных видов сыворотки. Произведенные Харьковским институтом 1055 исследований патологического материала обнаружили анаэробы в 27,3% случаев. Соотношение 4-х патогенных видов (перфрингенс, эдематиенс, септикус и гистолитикус) оказалось соответственно 30 : 1 : 1 : 0. Эти данные ясно указывают на необходимость изменить соотношение вводимых сывороток в сторону максимального увеличения сыворотки антиперфрингенс.

С большим интересом было заслушано сообщение о редких формах газовой гангрены: о метастазах при газовой гангрене, о вспышках латентной инфекции, о газовой гангрене мозга и внутренних органов, о газовых перитонитах и т. п.

В отношении ботулизма было высказано почти единодушное мнение, что данное заболевание представляет собою токсиноинфекцию. Это подтверждается наличием в сыворотке невосприимчивых к ботулизму лиц, наряду с антитоксинами, агглютининов и опсонинов, предохраняющих животных от экспериментальной токсиноинфекции.

Помимо перечисленных проблем, на конференции обсуждались также проблемы подготовки и усовершенствования кадров, изменения программ по микробиологии, эпидемиологии и инфекционным болезням в медвузах и ряд других вопросов.

VI.

Десять дней, проведенные на конференции, многому научили, многое показали. Мы убедились в том, что наука в нашей стране развивается гигантскими темпами, что ни в одном вопросе микробиологии и иммунологии мы не отстаем от стран Западной Европы и Соединенных Штатов Америки.

Мы убедились в том, что у нас имеются замечательные люди, замечательные кадры. Энтузиазм и сила, с которыми выступали молодые докладчики и молодые оппоненты, гарантируют мощное развитие советской науки в дальнейшем.

На базе Сталинских пятилеток мы добились больших успехов на всех участках народно-хозяйственной жизни, в том числе и на фронте здравоохранения.

Мы еще раз наглядно убедились в том, что «за годы второй пятилетки в СССР проделана настоящая культурная революция» (из тезисов доклада тов. Молотова на XVIII с'езде ВКП(б).

Конференция показала, что советская микробиология, как и вся советская наука, идет по пути прогресса и проникнута стремлением служить человеку. В фашистских странах наука о микробах призывается сейчас для других целей. В лабораториях, где некогда на благо человечества работали Беринг и Кох, Кастеллани и Ферми, Ногуши и Китазато,—в этих самых лабораториях фашистские каннибалы ныне выковывают бактериологическое оружие войны, острием своим направленное в первую очередь против государства рабочих и крестьян, против страны социализма.

Фашистская угроза бактериальной войны—не мираж и не фантазия. Бактериальное оружие вошло в арсенал средств нападения капиталистических стран. Имеются убедительнейшие факты и материалы, характеризующие исключительно интенсивную работу фашистских институтов и лабораторий в подготовке к бактериальной войне.

Советские микробиологи работают и будут работать над ослаблением ядовитых свойств патогенных микробов и над созданием эффективных бактерийных препаратов для целей предупреждения и лечения заразных болезней. Но мы ни на минуту не забываем об опасности фашистской угрозы. Мы помним замечательные слова великого Сталина: «Нужно весь наш народ держать в состоянии мобилизационной готовности перед лицом опасности военного нападения, чтобы никакая «случайность» и никакие фокусы наших внешних врагов не могли застигнуть нас врасплох».

И в час решительной схватки двух миров—коммунизма и капитализма—агрессоры наглядно убедятся в том, что советский микробиолог—не только ученый, но и гражданин, патриот своей великой социалистической родины.

Проф. **С. М. Фрид.**

ПЛЕНУМ ВСЕСОЮЗНОГО КОМИТЕТА ПО ИЗУЧЕНИЮ РЕВМАТИЗМА

10—11 февраля 1939 г. в Москве состоялся пленум Всесоюзного комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним. На пленуме присутствовали представители республиканских комитетов и отдельных крупных областей нашего Союза (Свердловской, Ивановской, Саратовской и др.).

Первый день заседания пленума был посвящен докладам о работе комитетов на местах и обсуждению планов работы на 1939 г.

Пленум отметил еще недостаточно развернутую работу по борьбе с ревматизмом на местах и детально обсудил отдельные звенья будущей работы по изучению ревматизма. Представители с мест указывали на некоторое укрепление в последнее время организационной связи с президиумом Всесоюзного комитета и на его более активное руководство периферическими филиалами. Пленум отметил целесообразность введения единой выработанной классификации ревматических заболеваний и предложил принять меры к более широкому внедрению ее во все лечебные учреждения нашей страны. Внедрение классификации особенно большое значение имеет для Белоруссии, в частности для Минска, который в числе шести городов включен для систематической статистики ревматических заболеваний в 1939 г.

Стержневым организационным вопросом пленум считал учреждение в кратчайший срок в больших областных городах ревматических кабинетов или даже диспансеров, где можно было бы ввести систематическое активное наблюдение за выписанными из стационаров ревматиками, изучать межприступные периоды в течении ревматизма, учитывать эффективность курортного и санаторного лечения. Правильная организация ревмакабинетов имеет особенное значение в детском возрасте, где выявление ранних форм кардиопатии—имеет огромное профилактическое значение.

По линии массовой работы пленум наметил на местах необходимость организации широкой популяризации идеи борьбы с ревматизмом путем проведения радиолекций, лекций на предприятиях, издания отдельных плакатов по ревматизму, организаций выставок, бесед со школьниками, преподавателями и родителями учащихся и т. д.

Основным недостатком в деле борьбы с ревматизмом является еще недостаточное знакомство широких масс врачей с этиологией, клиникой и терапией

ревматизма. Ввиду этого является необходимым организация для широкой массы врачей лекций, декадников, освещение этих вопросов на областных и межрайонных врачебных конференциях. Профилактическая работа на предприятиях, где имеются так называемые ревматоидные факторы, ведется еще слабо, на что особенное внимание обратили участники совещания.

Ввиду огромной значимости ревматизма в этиологии сердечно-сосудистых заболеваний, необходимо во всех клиниках и научно-исследовательских учреждениях разрабатывать темы, связанные с проблемой ревматизма.

Второй день пленума был посвящен вопросу о салициловой терапии ревматизма. Основными докладчиками на эту тему были проф. Кончаловский (Москва) и проф. Стражеско (Киев). Оба докладчика подчеркивали благоприятный терапевтический эффект от применения больших доз салицилового натра. Действие последнего еще не может считаться окончательно выясненным: одни усматривали в нем бактерицидное действие, другие—десенсибилизирующее. Применялись разными клиницистами различные дозы, наиболее ценнейшими являются средние дозы в 5—8 г за сутки. Лечение салицилатами должно быть применено как можно раньше и длиться 4—5 недель.

Академик Стражеско считает салициловые препараты средством, предупреждающим развитие ревматического процесса, почему и рекомендует их принимать профилактически всем переболевшим ангиной, скарлатиной.

Многие отмечали успех от применения пирамидона, препаратов серебра (Колларгол) и др.

Несмотря на то, что среди педиатров до сих пор нет единодушного мнения об эффективности салициловой терапии, пленум признал необходимым в соответствующей дозировке применять салициловый натр при детском ревматизме. Перед врачами и научными работниками клинических учреждений стоит ответственная задача изучения эффективности салициловой терапии и ее дозировки.

Предстоит большая и серьезная работа по углубленному изучению ревматизма и борьбе с ним. Она только тогда будет осуществлена во всей программе, когда в эту работу включатся широкие массы врачей при поддержке органов здравоохранения на местах.

Проф. **Л. Я. Ситерман.**

НАУЧНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ ВРАЧЕЙ КЛИНИКИ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ БЕЛОРУССКОГО МЕДИНСТИТУТА

ПРОТОКОЛ ОТ 22-X 1938.

Председатель—проф. Д. А. Марков Секретарь—др. Р. А. Вольфсон

1. **Д-р Селютин Б. И.** Случай дисплязии в области нижнего отрезка спинного мозга.

Больная Д., 23 лет. В статуте: pes excavatus, несколько расстроена глубокая чувствительность на нижних конечностях; ахилловы рефлексы—отсутствуют. Имелись нарушения трофики. На рентгенограмме: Spina bifida в области S_1—S_2.

Больной был сделан циркулярный блок по Вишневскому. По поводу демонстрируемого случая высказались врачи: Авраменко, Рутковский, Либерман, Кувшинов.

Проф. Марков, резюмируя, отметил интерес случая прежде всего с точки зрения диференцальной диагностики с болезнью Фридрейха, сиринго-и гидро-миэлией. Его можно рассматривать как парциальный каудальный синдром, связанный с дисплязией нижнего отрезка спинного мозга (возможно и миэлодисплязией). Весь комплекс укладывается в дизрафический статус.

Демонструируемый случай клинически встречается нечасто.

В отношении вмешательства, «блок» мог послужить толчком, воздействующим на трофику.

2. **Д-р Красноперко Р. А.** Семья с невральным типом прогрессивной мышечной дистрофии (Шарко-Мари).

В семье К. больны три сестры в возрасте от 18 до 27 лет. У всех сестер в статусе: анизокория, отставание носогубной складки, сколиоз, уплощенная спина, а также pes excavatus. Ахилловы и коленные рефлексы у всех трех сестер отсутствуют. Болевая и температурная чувствительность расстроены в

форме «перчаток» и «чулок». Со стороны электровозбудимости—количественные и качественные изменения.

В обсуждении демонстрируемого случая принимали участие врачи: Берковский, Прокопчук и Афонский.

Проф. Марков отмечает трудность диференциальной диагностики в области семейных амиотрофий. Повидимому, в данном случае можно диференцировать между атактическим семейным синдромом типа Фридрейха и прогрессивной мышечной атрофией типа Шарко-Мари. Больше данных за последнее заболевание.

3. Др. Р. А. **Вольфсон**. Случай оптико-миэлита у ребенка.

Ребенок Бир., 12 лет, остро заболел 8. IX. с. г. при явлениях нерезких головных болей и болей в глазах. На протяжении 4 дней у больного наступил полный амавроз. С этими явлениями он был доставлен 11. IX. в нервную клинику.

Статус: полная потеря визуса; реакция на свет—OD—отсутствует, OS—очень вялая. На глазном дне застойные явления с начинающейся атрофией. Спустя 9—10 дней пребывания ребенка в клинике у него выявилось резкое понижение коленных рефлексов, а также невозможность ходить (у больного подкашивались ноги). Сфинктеры—норма. Эти явления нижнего парапареза на протяжении 8 дней постепенно пошли на убыль, а спустя 10—12 дней началось восстановление зрения: сперва периферического, потом и центрального.

11. XII ребенок был выписан при явлениях восстановления зрения до возможности читать крупный шрифт, но почти при отсутствии цветоощущения (больной различал только черный и белый цвета).

Лечение: уротропин per os и глазо-затылочный ионoферез с иодистым калием.

В обсуждении случая принимали участие врачи: Афонский, Кувшинов, Берковский и др.

Проф. Марков, резюмируя, отмечает важность вопроса, касающегося вирусных инфекций. В нашем случае имеется своеобразная избирательность вирусной инфекции. Детские случаи оптико-миэлитов довольно редки.

4. Д-р Т. М. **Гельман.** Случай предполагаемого цистицеркоза головного мозга.

Больная П., 31 года, поступила в клинику с жалобами на головные боли, боли в подложечной области и припадки с потерей сознания.

В марте 1938 г. больная упала и ушибла голову; через полчаса после падения у нее был эпилептический припадок с потерей сознания, генерализованными судорогами, непроизвольным мочеиспусканием и прикусыванием языка. На протяжении 3 месяцев было три припадка.

В статусе: кровяное давление 115/65. Черепно-мозговые нервы и глазное дно в норме. Анизокория. OS>OD. Несколько сглажена левая носогубная складка; язык несколько отклоняется влево. Ахилловы рефлексы вызываются с трудом. Двусторонний Бабинский и Оппенгейм (намек).

В спинно-мозговой жидкости: цитоз—17/3, белка—0,8‰, реакция Вассермана—отрицательная. В крови: Нв—58%, в остальном—без отклонений от нормы. В моче: $\frac{20-25}{1}$ лейк.

У больной имеются на туловище небольшие узелки (сделана биопсия, обнаружившая цистицерк).

В обсуждении случая принимали участие врачи: Мельников, Юрацкая и др.

Проф. Марков отмечает: травма, которая предшествовала припадку, могла спровоцировать последний; однако травматическая эпилепсия здесь исключается. Можно думать о диссеминации цистицеркоза, с участием головного мозга.

ПРОТОКОЛ ОТ 20.XII 1938.

Председатель—проф. Д. А. Марков Секретарь—д-р Р. А. Вольфсон

Д-р М. М. Таумина и **д-р И. К. Горельчик** — «Болезнь Стэрдж — Вебер—Краббе».

Наиболее характерными клиническими симптомами данного заболевания является сочетание сосудистых пятен лица (ангиом) с эпилептическими припадками. Некоторые авторы указывают также на наличие глаукомы обычно на стороне ангиомы лица.

Отмечаются также спастические гемипарезы на стороне, противоположной ангиомам лица. Иногда встречается и ожирение. Со стороны психики—дементность в различной степени. Чаще всего симптомы не бывают в полной своей совокупности,—так в иных случаях отсутствует глаукома, гемипарез, naevus vasculosus и т. д.

На рентгенограммах черепа (Вебер, Краббе и др.)—своеобразная извитая тень с двойными контурами, соответствующими очертаниями борозд и извилин мозга. Чаще тень располагается в затылочной доле, но встречается и другая локализация ее (в теменной, лобной и т. д.).

Патолого-анатомические данные (Краббе, Бергштранд, Петерс и Тебелис, Ван-дер-Геве) указывают, что эти тени являются обизвествлением в наружных (втором и третьем) слоях мозговой коры, но без обизвествления ангиом piae, как предполагалось раньше. Обизвествления состоят из многочисленных мелких зерен. Пораженные части мозга несколько атрофированы, мягкая мозговая оболочка над атрофированными частями обильно васкулязирована, но не представляет собою истинной ангиомы piae.

Заболевание, по мнению большинства авторов, является результатом своеобразной дисплязии, причем пораженными являются как мезо-так и эктодермальный листки.

Докладчиками приводятся два случая. В одном у мальчика 11 лет, имелись в статусе эпилептические припадки, спастический двусторонний гемипарез, расширение вен вокруг левого глаза с выпиранием его, бурые пятна на спине, ожирение, нарастающая дементность; на рентгенограмме извитые с двойными контурами тени в лобных и теменных областях с двух сторон. Во втором случае—у мальчика, 11 лет, были эпилептические припадки с 9-месячного возраста, naevus vasculosus над левым глазом, на лбу и на волосистой части головы до темени, дебильность. На рентгенограмме черепа—извитые, с двойными контурами тени, расположенные в затылочно-теменной области слева.

Демонстрируемый случай был отмечен проф. Марковым по линии раритета. В литературе описаны единичные случаи болезни Стэрдж-Вебер-Краббе. Следует отметить, однако, что патогенез данного заболевания еще недостаточно изучен; нет данных также говорить о какой-либо определенной локализации очагов. Для клинической картины характерны: своеобразная рентгенограмма, прогрессирующее слабоумие, эпилептические припадки, а также наличие naevi vasculosus.

В прениях участвовали врачи: Прокопчук, Мельников, Слуцкая, Кувшинов, Вольфсон, Завелевич.

2. **Д-р Инсаров И. А.** —«Опухоли глиомного ряда» (реферативный доклад).

Докладчиком был представлен тщательно проработанный литературный материал об опухолях головного мозга глиомного ряда.

РЕЦЕНЗИИ И РЕФЕРАТЫ

XXXVIII конгресс французской ассоциации урологов.
La presse méd. №№ 92—94. №№ 92—94 Париж. 3—8 октября 1938 г.

Результаты и показания к трансуретральной резекции.

I. Результаты.

Проф. Gaguet. Автор предпосылает показаниям результаты с целью обосновать первые, исходя из послеоперационных осложнений, смертности и успеха.

Осложнения. К слову, они резко снижаются в зависимости от опытности и уточнения показаний. К ним относятся: перфорации, перитониты, периуретральные флегмоны, эмболии, кровотечения, циститы, болезненное мочеиспускание, эпидидимиты, недержание мочи, остаточная моча. В одних случаях эти осложнения в отдельности или в совокупности стабильны, в других скоропреходящи.

Смертность. Она выражается в цифрах от 1 до 19%, в среднем—7%. Зависит она от техники и показаний. У американских авторов она иногда падает до 0.

Успех. У одних авторов прекрасные, у других далеки от совершенства. Это относится как к непосредственным результатам, так и к отдаленным. Во всяком случае, в ряде случаев трансуретральная резекция предпочтительнее простатектомии.

II. Показания.

Проф. Cibert. Трансуретральная резекция применяется при заболеваниях шейки мочевого пузыря, простатизме без простаты, гипертрофии простаты, ди-

Однако, нельзя забывать, что она не может заменить простатектомию. Большие и средние аденомы не подлежат резекции.

зектазиях, дефинитивных цистостомиях, у ослабленных больных, при раке простаты.

III. Дискуссии.

Van Houtum производит резекцию уже в течение 24 лет. Считает ее заслуживающей интереса. Имеет один удачный случай в отношении больной женщины, страдавшей заболеванием, похожим на простатизм.

G. Luys. Трансуретральная резекция обладает неоспоримым превосходством перед простатектомией, являющейся тяжелой операцией.

Fey считает трансуретральную резекцию прекрасной операцией, особенно при дизектазиях. При больших и средних аденомах не показана.

Duvergey. Трансуретральная резекция не лишена непосредственной опасности (инфекция, кровотечения) и отдаленной (инородние тела, вторичные камни, недержание мочи). При резекции может остаться кусок аденомы, вновь развивающейся и могущей дать злокачественное перерождение. Она должна производиться при склерозе пузырной шейки, маленьких аденомах, задних маленьких аденомах, при дефинитивной цистостомии.

Lepoutre признает трансуретральную резекцию операцией, дающей положительные ближайшие и отдаленные результаты.

A. Valerio имеет большой личный опыт. В одном случае потребовалась повторная резекция. Смертность равна 1%.

Dossot. Трансуретральная резекция показана в случаях, где противопоказана простатектомия и дефинитивная цистостомия.

H. Blanc. При гипертрофии простаты необходимо отметить наличие: 1) аденомы, как источника токсической секреции, 2) подавление анатомии и функции предстательной железы и гормональной секреции, необходимой для жизненного равновесия. Здесь показана простатектомия. При трансуретральной резекции простатическая болезнь не устраняется. Статистика авторов недавняя и незначительная. Автор не является сторонником трансуретральной резекции.

Pasteau. 1. При заболевании, связанном с задержкой мочи, эндо-уретральная операция показана в качестве первой операции. 2. При раке она также может дать удовлетворительные результаты, вследствие отсрочки цистостомии. 3. При гипертрофии простаты она показана при малых аденомах, при малых средних долях и в самом начале болезни. Позднее должна применяться только простатектомия.

S. *Covisa* сдержанно отзывается о трансуретральной резекции и рекомендует умеренное ее применение.

Verrière указывает на свой личный опыт в 77 резекций. Эта операция показана при дизектазиях шейки, при раке простаты. При простой гипертрофии она предпочитает простатэктомию.

Governeur. При больших аденомах показана простатэктомия, ибо резекция сопряжена с большим осложнением вплоть до инфекции. При дизектозиях шейки резекция неоспорима. Смертность небольшая: на 103 резекции—2 смерти.

Papin. 20 резекций: 5 с болезнями шейки, 13 с гипертрофией простаты различных размеров и 2 первичных рака. При больших простатах лучше простатэктомия. При раке предпочтительна цистостомия.

IV. Различные сообщения.

Chevassu. Благоразумно ли систематически зондировать простатиков для изучения их остаточной мочи.

Автор отвечает отрицательно, указывая на возможные катастрофы от зондажа.

Darget. Несколько случаев рака простаты, леченых имплантацией радиевых игол.

Этим методом лечился 21 больной в течение четырех лет. Четверо больных получило вынужденную цистостомию и трое рецидивировали после 2½ лет, что говорит о неоспоримой эффективности метода.

Maille. Частый случай везикального калькулеза в результате простатэктомии. Автор имеет 3 случая этого осложнения.

Michon. Мысли о гормональном лечении гипертрофии простаты.

У автора 17 наблюдений. Его заключение: 1. Гормональное лечение неспособно устранить ретенцию. 2. Гормональное лечение в комбинации с простатэктомией или резекцией представляет интерес. 3. При простатизме без задержки гормональное лечение дает улучшение, правда с трудом определяемое.

Governeur. Клиничиские и биологические результаты лечения озоном некоторых форм колибациллоза. Озон оказывает явное действие.

H. Marion. О нескольких парадоксальных пиэлографических изображениях.

1. Если пиэлографическое изображение показывает характерную картину, диагностика очевидна.

2. Но если не получают характерного изображения, нельзя отвергнуть предположение о неоплазме; требуется клинически или лабораторно разрешить этот диагноз.

Lepoutre. Будем благоразумны в толковании интравенозной пиэлографии.

Легкость процедуры таит в себе спасность, если делаются поверхностные толкования. Функциональные толкования иногда крайне фантастичны. Ошибки графического толкования могут повести к бесполезным или плохим операциям (автор приводит пример). Интравенозная пиэлография не может быть в большинстве случаев единственным и решающим доказательством. Она представляет собой только более или менее ценную опору.

Gouverneur. Случай травматического разрыва почки с запоздалым проявлением осложнения и перитонеальными признаками.

Автор указывает на передне-брюшинную контрактуру, совершенно аналогичную при ушибе живота. На основании этого он думает, что клиническая диагностика может быть неверной. Эта контрактура может быть в результате разрыва

брюшины, покрывающей переднюю поверхность гематомы. У автора этого не было при ретроперитональной гематоме.

Поздняя гематурия заслуживает быть отмеченной, поскольку она редко проявляется в поздней стадии.

Le Clere—Dandoy. Поликистозная почка. Патофизиологическое обозрение.

Количество мочевины, хлоридов и креатинина, изучаемых в различных взятых жидкостях (моча, кровь, кистозная жидкость), указывают, что содержимое кист не является простой жидкостью в результате трансудации, но что они образуются вследствие фильтрации через гломеруло-тубулярную систему еще активную в это время.

Это доказательство хорошо соответствует патогенетическим теориям о поликистозной почке, высказанным Летулем и Верлиаком, Мак-Кенна и Кампмерье.

Dyvergey. Инфицированный уретро-гидронефроз добавочной почки, открывающейся в шейку матки.

Любопытное и редчайшее наблюдение над молодой женщиной, у которой имелась громадная люмбальная опухоль слева, интермиттирующая через правильные промежутки вследствие запустевания—опорожнения в полость шейки матки. Пиэлография показала, что левая почка сильно выдавлена из уплощенной полости. Больная оперирована и выздоровела. Дело касалось инфицированного гидронефроза добавочной почки.

Bouchard. Чего можно ожидать от консервативной хирургии в лечении больших гидронефрозов.

Два новых наблюдения больших гидронефрозов показали, что не должно лечить их шаблонно нефректомией.

В двух случаях гидронефротических почек функции не было никакой. Однако, автор не захотел итти на нефректомию. Во время операции определилось, что паренхимы осталось достаточное количество, почему он и применил консервативное лечение. Получены прекрасные результаты.

Waltmann, Waltarset, W. Braasch. 71 случай консервативной операции при гидронефрозе.

Авторы применили резекцию лоханки или резекцию с пересадкой мочеточников. Результаты от этих операций в общем весьма удовлетворительные. Было только 15 неудач на 71 случай.

Fey. К двум случаям рено-уретерального камня.

Автор провел консервативное лечение. Он сделал нефро-уретероектомию. В обоих случаях сохранена почка и мочеточник, несмотря на множественность и большой размер камней. Почка дренирована нефростомией в течение 4 месяцев. Лоханка дезинфицировалась и достигла почти нормальных размеров. Правда, получился рецидив камня, но это не помешало нормальной секреции и экскреции почки.

Perrin. К диагностике рака почки.

1. Если имеются случаи, где гематурия и урография легко устанавливают диагноз, так, с другой стороны, наблюдаются случаи, крайне трудные для диагностики.

2. Латентная форма слишком часто забывается.

3. Если специальные испытания в этих трудных случаях не приводят к убеждению, требуется итти на эксплораторную лапаротомию.

Guisy. Мочепузырная грыжа белой линии.

Автор приводит исключительный случай задержки мочи вследствие большой грыжи мочевого пузыря, проникшего через белую линию под пупком. Операция. Выздоровление.

Papescu, Buscu et Teodorescu. К биологической диагностике генитального туберкулеза.

Авторы рекомендуют эпидидимэктомию после диагносцирования следующими способами: серодиагностикой, резорцином, антигенной реакцией с мочей, изменениями в крови, со спермокультурой, реакцией Ривальты или Лисбонна. Авторы рекомендуют вместо этих деликатных реакций, реакцию Оппегейма—очень легкую в практике. Инстилляция $^{1}/_{20}$ см^{3} двухпроцентного раствора старого туберкулина. В 17 случаях, где реакция была положительной, патоанатомически было доказано, что дело шло о туберкулезе. Отрицательная реакция позволяет отвергнуть туберкулез, диагносцируемый клинически.

Проф. Е. Корчиц.

J. S. Barré. **Синдром пирамидной недостаточности. R. N., № 1, 1937.**

Пирамидные параличи и парезы, столь детально изученные, казалось бы уже не должны являться предметом новых исследований, в особенности таких, которые могли бы до некоторой степени изменить наши старые представления. Однако, работа Барре, заслуживающая самого пристального внимания, доказывает несостоятельность такой точки зрения.

На основании большого клинического материала, обработанного особыми методами клинического исследования, автор пришел к выводу о необходимости разделения общего пирамидного синдрома на два первичных, элементарных синдрома: «ирритативный» синдром и синдром пирамидной недостаточности. Описанию последнего и посвящена вся реферируемая работа. Термин «ирритативный» обнимает собой, повидимому, вообще всю группу гипертоний и гиперкинезов, от чего бы они не зависели.

План настоящей работы включает в себя всестороннее рассмотрение синдрома пирамидной недостаточности, а именно: описание его феноменов, сравнительную чувствительность, толкование его, частоту, с которой он встречается, прогноз, лечение, частные формы, а также комбинации его с иными двигательными и чувствительными синдромами.

Основным проявлением синдрома является феномен голени, заключающийся в непроизвольном опускании голени, находящейся в вертикальном положении, на стороне поражения. Другими его проявлениями являются: падение руки, неполное раздвигание пальцев, невозможность смыкания век. Сравнительная чувствительность феномена голени, согласно автору, в значительной мере превышает другие нарушения движений, давая врачу ряд весьма тонких и точных признаков заинтересованности пирамидного пути.

Касаясь толкования феномена голени, Барре предлагает следующую формулу: мышца, расстроенная в своей функции вследствие поражения пирамидного пути, хорошо работает в условиях своего удлинения и теряет часть своей силы в полуукороченном положении.

Автор отмечает, что в случаях чистого синдрома пирамидной недостаточности автоматические движения ограничены, мышечный тонус уменьшен, сухожильные рефлексы либо нормальны, либо почти отсутствуют, имеется оттенок гипотермии. Чистый синдром пирамидной недостаточности принадлежит двум этиологическим типам: 1) сдавлению путей, ведающих произвольными движениями и 2) простой ишемии. Кроме того, синдром наблюдался при некоторых интоксикациях, как, например, светильным газом или сероуглеродом.

Далее идет перечисление и краткий разбор клинических комбинаций синдрома пирамидной недостаточности с иными синдромами: с «ирритативным», давая банальнейшую комбинацию; с двигательными расстройствами вследствие поражения периферического нейрона, точнее с полиневритом и острым полиомиэлитом; с экстрапирамидным синдромом, где в одних случаях феномен голени отрицателен, в других—наблюдается ложный феномен голени, а в третьих—он положителен; с вестибулоспинальным синдромом; с мозжечковым и с нарушениями чувствительности—одной из самых сложных и в клиническом отношении самой запутанной комбинации.

Резюмируя, Барре утверждает, что синдром пирамидной недостаточности может встречаться в чистом виде, являясь признаком определенной, стабильной, семиологической группы. Он достоин занять прочное место в семиотике нервных болезней, и знакомство с ним необходимо во избежание грубых диагностических ошибок.

Б. П. Бордаков.

Dahlsgaard—Nielsen. **Болезнь Стэрдж-Вебера. Am Journ. of ophth., 1938, 21. 4.**

Для этого редкого заболевания имеется целый ряд обозначений; наиболее простое—Angiomatosis encefali et trigemini.

В сообщении речь идет о 12-летней девочке, которая страдает эпилептическими припадками с первого года жизни и умственной отсталостью.

Об,ективные признаки: naevus flammens, на лбу и на правой стороне лица, левосторонний паралич лицевого нерва, левосторонняя гемианопсия, изменения сосудов на кон'юнктиве и на сосудистой оболочке, также сколиоз.

Рентгеноскопия обнаружила заметную кальцификацию в теменной области.

А. Кливанская

Maller, H. U.—**Болезнь Стэрдж-Вебера. Am Journ. of Ophth., 1938, 21, 4.**

Автор сообщает о девочке, которая явилась по поводу слепоты на левый глаз, на почве глаукомы. На этом же глазу парез всех ветвей глазодвигательного нерва.

Кроме того, у больной обнаружены множественные мелкие naevi на лице, подбородке, груди, руках и пояснице. Паралич левой руки с явлениями атрофии.

Рентгеноскопия не обнаружила законченной кальцификации, но имелись множественные поражения мозговой ткани соответствующие локализации.

А. Кливанская.

Bollak I., Dalthil S. and Offret g. **Одностороннее частичное поражение зрительного нерва. Am Journ. of ophth. 1938. 21, 10.**

Авторы сообщают о трех случаях одностороннего неврита с легким отеком границ соска зрительного нерва и небольшими кровоизлияниями на глазном дне, с сохранением остроты центрального зрения и выпаданием в нижней половине поля зрения.

Ни в одном случае не отмечалось ни опухолей внутричерепных или орбитальных, ни патологических синусов, ни сифилиса, ни других поражений центральной нервной системы. Лишь у двух из этих трех больных имелась легкая анизокория при нормальной зрачковой реакции. Болезнь выявлялась в связи с нарушением периферического зрения. По истечении нескольких месяцев дефекты в поле зрения оставались без изменения, но появилась бледность соска зрительного нерва.

Авторы допускают, что наблюдали новую форму частичного (sementany) неврита.

А. Кливанская.

Adamantiasis A. **Два случая рецидивирующего ретробульбарного неврита Am Journ. of Ophth., 1938, 21, 10.**

Случай 1.—Сифилитик, имевший восемь рецидивов ретробульбарного неврита в течение 14 лет. Антисифилитическое лечение не оказывало влияния на течение процесса в зрительных нервах.

Случай 2. Больной с признаками старого туберкулеза и, возможно, сифилиса. В течение 10 лет имел 7 рецидивов ретробульбарного неврита.

Автор допускает, что в данных случаях играла роль гриппозная инфекция, находившая благоприятную почву в тканях, ослабленных предыдущими хроническими интоксикациями.

А. Кливанская.

Tommasini—Mattiucci—**Односторонняя экзофтальмия в связи с опухолью в средней черепной ямке. Am. Journ. of Ophth. 1938, 21, 10.**

Больная, 50 лет, в течение 6 лет наблюдала некоторое выпячивание левого глаза. Затем протрузия увеличилась и появилась диффузная головная боль, которая усиливалась в лежачем положении, Указанные признаки постепенно уменьшались, но появилась диплопия при взгляде кверху.

Рентгеноскопия показала частичную деструкцию наружной стенки орбиты и зоны на лобной и височной костях. После вскрытия орбиты по Krönlein'у обнаружилась желтоватая масса, исходящая из большого крыла основной кости. Была диагностирована холестеатома.

А. Кливанская.

Mussio—Fournier et Ravac. **Терапевтическое действие витамина „Б" при фуникулярном миелозе вследствие пернициозной анемии. R. N., t. 70, № 6, 1938.**

Лечение фуникулярного миелоза витамином Б является одним из последних терапевтических достижений. Первые результаты были получены благодаря применению содержащих витамин Б пивных дрожжей или их препаратов. Более эффективным является парэнтеральное введение указанного витамина.

Авторами статьи собрано около 20 случаев фуникулярного миелоза, при которых витамин Б был введен парентерально с—большим или меньшим успехом, дававшим иногда почти полное выздоровление. Эти результаты особенно показательны, поскольку до сих пор при лечении данного заболевания применялись лишь печеночные препараты.

Авторами приведен случай острой формы фуникулярного миелоза у больной 54 лет. Болезнь дебютировала с парезов нижних конечностей, с последующим поражением мышц туловища и верхних конечностей, клинически протекая в

форме псевдо-табеса. Заболевание связывалось с гиперхромной анемией. Улучшение нервных симптомов предшествовало таковому в картине крови; в то же время у других исследователей явления фуникулярного миелоза оставались стойкими при изменении в картине крови.

Основываясь на этом, Фурнье и Равак допускают возможность специфического действия витамина Б при пернициозной анемии.

В вопросе о соотношении между длительностью заболевания и результатами лечения имеется расхождение. Одни авторы находят большую эфективность лечения в свежих случаях, другие—также в случаях, имевших давность до 5—6 лет.

Авторы предлагают общий курс лечения на протяжении 3 месяцев в количестве 300 мг (30 ин'екций по 2 тг и 24—по 10 мг). Некоторые американские авторы рекомендуют более сильные дозы. Несмотря на безусловную эффективность лечения витамином Б., механизм его действия еще не изучен.

Р. А. Вольфсон.



М. А. Поляк.

25 декабря 1938 г. на 71-м году жизни скончался один из старейших врачей г. Минска, доктор Моисей Абрамович Поляк.

В 1894 г. по окончании медицинского факультета Юрьевского университета, М. А. начал свою врачебную деятельность в г. Минске по акушерству и гинекологии. Воспитанный на лучших традициях передовой интеллигенции конца XIX столетия, М. А. своими глубокими знаниями специалиста, блестящей акушерской техникой и необычайно чутким и умелым обращением с больными быстро завоевывает себе прочную любовь и популярность среди населения. Его работа была образцом работы врача, всегда необычайно требовательного к себе и ко всем, кто с ним работал.

За последние двадцать лет М. А. заведывал Центральным родильным домом, акушерским отделением при 2-й советской больнице и консультацией для женщин при ЦРП. До последних дней своей жизни он вел прием больных в поликлинике Лечебной комиссии.

С большими знаниями в Моисее Абрамовиче соединялись качества недюжинного педагога. Преподавательская деятельность его обнимает период с 1906 до 1935 г. До Октябрьской революции он вел преподавание акушерства и гинекологии в школах, а после—в фельдшерско-акушерской школе и на повторительных курсах лекпомов и акушерок. Лекции М. А., всегда глубокосодержательные, изящные по мастерству изложения и в то же время простые, запечатлевались не только в уме, но и в сердцах его слушателей.

Весь многолетний педагогический опыт его нашел свое выражение в учебниках по гинекологии и по акушерству для медтехникумов, изданных в 1930 и 1932 гг. и служащих по сей день пособием молодым кадрам наших средних медицинских школ.

Большой популярностью в народных массах Белоруссии пользовался ряд написанных им брошюр о личной гигиене женщин, о женских болезнях и борьбе с ними, об аборте, о гигиене матери и ребенка и др.

Особого внимания заслуживает общественная работа Мойсея Абрамовича. Она проходит красной нитью через всю его жизнь и придает ему яркий образ врача-общественника. Вскоре по вступлении в члены Общества минских врачей, М. А., благодаря своей эрудиции и литературным дарованиям, избирается секретарем Общества и остается на этой работе в течение 30 лет. Со свойственными ему добросовестностью, аккуратностью и талантом он развивает кипучую деятельность, редактируя и издавая протоколы Общества минских врачей до 1924 г., а с этого года протоколы Научного медицинского общества; участвует в редколлегии журнала «Беларуская медычная думка», ведет отдел «Советы врача» в журнале «Беларуская работница и селянка». Благодаря его энергии и настойчивости и под его непосредственной редакцией издаются три тома трудов I, II и III с'ездов врачей Минской губернии в 1908, 1911 и 1914 г.г.

В период Великой Октябрьской революции М. А. целиком и полностью включается в работу по строительству новой жизни, и с этого момента его дарования достигают своего расцвета. К этому периоду относится большинство его статей по научной и общественной медицине, напечатанных в разных периодических изданиях Медгиза, а также все вышеперечисленные брошюры и пособия.

При организации научной ассоциации врачей при союзе медсантруд, М. А. избирается членом Правления, состоит секретарем акушерско-гинекологической секции и назначается членом Ученого медицинского совета при Наркомздраве Белоруссии. Одновременно он возглавляет редколлегию стенгазет в ЦРП, в лечебнице Мингорсовета и в поликлинике Лечебной комиссии, деятельно участвуя в общественной жизни этих организаций.

Различные учреждения, в коих работал Моисей Абрамович, неоднократно премировали его, а за научную и общественную работу в Обществе минских врачей в 1926 г. он был избран почетным членом этого Общества.

М. А. Поляк принадлежал к той группе людей, которые в революционной эпохе, в эпохе построения социализма нашли наилучшее поприще для расцвета своих дарований, своей творческой работы. Только в нашей великой стране такие люди, как Моисей Абрамович, могли, сочетая в себе все лучшие качества человека, врача и общественника, подойти к действительному разрешению проблемы оздоровления трудящихся.

Да послужит жизнь и творчество М. А. примером всем нам, живущим в полнокровную эпоху торжества социализма и грядущего коммунизма.

Проф. М. Шапиро.
Д-р С. В. Балковец.
Проф. Е. Клумов.
Д-р Л. Шик.

ХРОНИКА

* 16 января и 12 февраля с.г. в аудитории Клиники нервных болезней состоялись научные конференции врачей Минской области, на которых с докладами, посвященными актуальным вопросам клинической медицины, выступили профессора Выдрин, Космачевский, Иргер, Бабук, Мангейм и др. Минским облздравом разработан план систематического проведения научных конференций врачей области.

* 29—31 марта с.г. состоялась конференция молодых ученых Минского Медицинского института.

В конференции также приняла участие группа работников Витебского Медицинского института.

Были заслушаны следующие доклады:

В. М. Жукова—Развитие иннервации тазовых органов человека.

И. А. Пейнер—Парабиотич. изменения в сердце животных под влиянием ионов магния.

Э. И. Можджер—Развитие лимфоэпителиального компонента миндалин.

А. Н. Хазанов—К клинике невротропных инфекций в БССР.

В. К. Анисимов—Биолог. обл. Уф-лучей.

Эдельштейн—Методы получения нейрогуморов с поверхности разреза нерва.

Ольшевская—Изменения высшей нервной деятельности при шизофрении.

Г. М. Прусс—Изменение работоспособности сердца и его утомляемости при воздействии кальция, жел. солей и сыворотки крови.

Л. Б. Вольфсон—Развитие плечевого сплетения у человека.

М. Габрилович—О санитарном состоянии города Мозыря.

Беляев—Изменение чувствительности организма к адреналину и инсулину.

В. Я. Авраменко—К вопросу о вазомоторных ассимметриях у эпилептиков.

Садкина и И. М. Файнберг—Щелочный резерв крови у детей при различных заболеваниях.

П. М. Шерман—Динамика кожной термометрии.

Гордин (ст. III к.)—Возрастная характеристика строения бугровой части гипофиза.

Колосова—О гистаминных реакциях.

Медведева—О выделении нейрогуморов изолированным нервом.

С. А. Орловский—О развитии и лечении бронхиогенных свищей.

А. З. Марголин—О лечении острых гнойных плевритов.

А. М. Брук—Применение резиновых хирургич. перчаток обработ. хлорамином.

И. М. Старовойтов—Обезболивание 1000 родов.

Лившиц-Лопотко—Лечение атрофии зрительного нерва ретробульб. ин'екциями атропина.

И. И. Филипенко—Механизм тромбообразования при амилоидном нефрозе.

Круковский—Переливание крови при носовых кровотечениях.

Лучшие работы тт. Анисимова, Пеймера, Габриловича, Вольфсона, Эдельштейна и др. премированы дирекцией Института.

* Оргкомитет Президиума Верховного Совета БССР по Минской области вынес решение о проведении по области в период от 1-VI по 1-VII-1939 г. общественного месячника по борьбе с антисанитарией. Задачами месячника являются:

а) внедрение в широкие массы трудящихся элементарных санитарных навыков, повседневное проведение в быту санминимума.;

б) очистка городов, рабочих поселков, районных центров от разных отбросов, нечистот и широкое проведение озеленения;

в) решительное улучшение водоснабжения, ремонт канализационной сети, водопроводов, постройка новых и ремонт существующих колодцев и других источников водоснабжения;

г) благоустройство базаров, столовых, ларьков, молочных заводов, боенских площадок, образцовая чистота в местах общественного питания и местах культурного развлечения и отдыха (кино, театры, парки);

д) широкое развертывание банного строительства, особенно на селе, под знаком полного осуществления плана строительства бань в колхозах, согласно решения СНК БССР, как одного из важнейших методов полной ликвидации остатков проклятого прошлого—сыпного тифа;

е) полное завершение плана профилактических противоэпидемических прививок (против оспы, дифтерии, дизентерии, брюшного тифа) и создание широкой имунной прослойки населения;

ж) подготовка и закрепление на работе новых кадров общественных санитарных инспекторов на каждом предприятии, в каждом колхозе, МТС.

Значение месячника в деле сохранения здоровья и улучшения быта трудящихся огромное, и успех его зависит исключительно от правильной организации работы на местах. Все медицинские работники, вет. работники, учителя, вся интеллигенция города и села, советские, партийные и профсоюзные организации должны включиться в это большое дело.

Отв. редактор *И. А. Новиков* Техредактор *С. М. Крамер*

Сдано в печать 15/IV—39 г. Подписано к печати 7/VI—39 г.
Об'ем $9^3/_4$ печатных листа. Знак. в. печ. листе 62.000. Тираж 2200 экз.
Бумага $72 \times 105^1/_{16}$. Зак. № 457. Уп. Главлита БССР № 362.

Типография им. Сталина, Минск, Дом Печати.

СОДЕРЖАНИЕ

Организация советского здравоохранения

Медицинская техника

30

0,78

Цена 5 руб.